Rocznik XV. Maj 1937. Nr. 5

POLSKA STOMATOLOGIA
ORAZ
PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

LWÓW WARSZAWA

KRAKÓW — POZNAŃ — WILNO

Organ Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza, Polikliniki Stomatologicznej Uniw. Poznańskiego i Krakowskiego, Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, Centralnej Rady Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, Stałej Delegacji Polskich Związków Stomatologicznych, Związku Słowiańskich Stomatologów, Polskiego Komitetu Narodowego Międzyn. Związku Dentyst. (F. D. I.), Sekcji Polsk. Międzyn. Związku Stomat. (A. S. I.), Międzyn. Zw. Badających Paradontozę „Arpa" oraz Związku i Tow. Lekarzy-dentystów Chrześcijan w Warszawie.

TREŚĆ: Str.

SOMMAIRE. p.

Abonament roczny 22 zł. — Cena niniejszego numeru 2·50 zł.

Adres Redakcji i Admin.: Lwów, ul. Zielona 5 a. P.K.O. 505.125.

VIII. POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY: LWÓW 4—7. LIPCA 1937.

Kursy dokształcające we Lwowie od 1. do 3. lipca 1937.

WYRÓB KRAJOWY

Veramon przeciw bólom

2 pastylki Veramonu
wywierają pewny skutek w
bólach zębów
bólach głowy
bólach przyrannych

Opak. oryg. z 10 i 20 pastyl. à 0.4.

POLSKA SPÓŁKA SCHERING-KAHLBAUM
SP. Z OGR. ODP. WARSZAWA

Z Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza.
(*Dyrektor: Prof. Dr. Antoni Cieszyński*).

Dr. TADEUSZ OWIŃSKI LWÓW
St. asystent Kliniki Stom. U. J. K.

O JONOFOREZIE — CZĘŚĆ FIZYKALNA.

Jonophorèse dentaire — La partie physicale.

Ueber Jonophorese — Physikalischer Teil.

Doc. pol. 53.0. Doc. int. 616.314085.845 6.

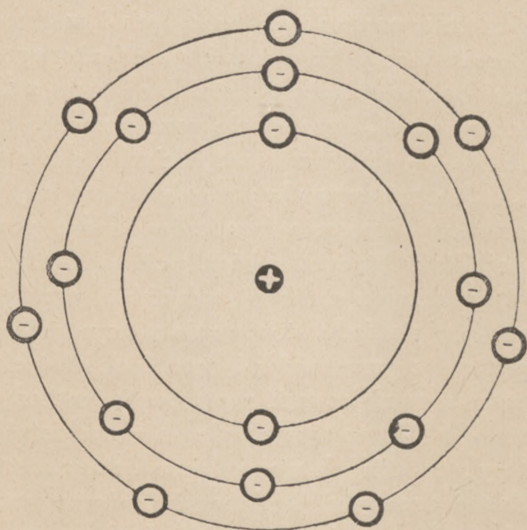
Walka z drobnoustrojami w zachowawczym leczeniu zębów toczy się przede wszystkim w przewodach zębowych i w tkance otaczającej ząb. Walkę tę prowadzimy przez napajanie zakażonego zęba i tkanki szczytowej lekami bakteriobójczymi, stosując jedną z licznych metod stomatologii zachowawczej. Przepajanie rozszerzonego przewodu zęba lekarstwami odbywa się albo przez wypełnienie lekarstwem przewodu zęba w całości, albo też sączków; spodziewamy się, że lekarstwo mocą przesiąkania lub parowania (procesów bardzo powolnych) przedostanie się w najbliższe otoczenie ścian przewodu. Leczenie uporczywych zgorzeli i podrażnień ozębnej szczytowej przekonuje nas, jak mało skutecznym jest niekiedy stosowanie naszych leków. Wyniki posiewów bakteryjnych z przewodów i sączących tkanek szczytowych przemawiają wówczas na niekorzyść zastosowanej metody. Po usunięciu lekarstwa z przewodu (lub po wypłukaniu go przez ustrój), wraca czynność tych bakteryj, do których się nie przedostały nasze środki lekarskie. Nieuszkodzone drobnoustroje chorobotwórcze pozostają głównie w głębi kanalików zębinowych, w rozwidleniach przewodów korzeniowych, w cienkich przewodach bocznych, albo też w świetle otworu szczytowego lub poza nim.

Nie posiadaliśmy dawniej żadnego środka, któryby potrafił pchnąć skutecznie lekarstwo w głąb kanalików zębinowych do samego szczytu i w rozwidlenia i wszędzie tam, gdzie znajduje się wilgoć, a z nią bakterie.

Obecnie dysponujemy owym środkiem. Uzyskaliśmy go z źródła energii elektrycznej aparatu, służącego do elektroforezy. Siła elektrobodźcza tego aparatu potrafi ciała chemiczne, którymi są odpowiednio dobrane lekarstwa pchnąć po swojej drodze w głąb tkanki. Taki proces przenoszenia ciał chemicznych po drodze prądu do organizmu nazywamy elektroforezą. Elektroforezę czyli wędrówkę elektrycznie nała-

dowanych cząstek możemy zademonstrować w naczyniu na prostym przykładzie elektrolizy. Jeśli n. p. wrzucimy do naczynia z wodą kryształek jodku potasu, otrzymamy roztwór — roztwór zdysocjowany — w którym pomiędzy drobinami wody znajdować się będą jod i potas w takiej postaci, w jakiej były w krysztale, t. zn. w postaci zjonizowanej.

Jony są to atomy albo rodniki, które mają o jeden lub więcej elektronów za mało, lub o jeden lub więcej elektronów za dużo w stosunku do stanu materii wyjściowej. Atom jest bowiem elektrycznie obojętny, gdyż nabój jądra równoważy naboje elektronu. Czynny



Rycina 1. Atom chloru, jądro atomowe (+) z elektronami (—) na torach.

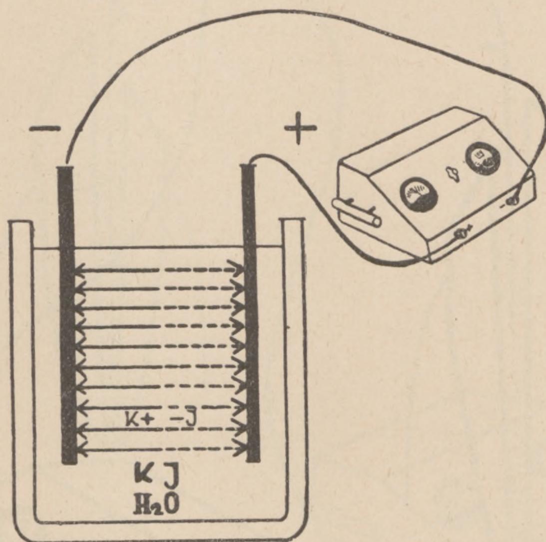
elektrycznie atom albo rodnik — czyli jon — nazywamy anionem, gdy ma nadmiar elektronów, skutkiem czego naładowany jest ujemnie (—). Jeżeli zaś dany jon ma niedostateczną ilość elektronów, nazywamy go kationem, który posiada nabój dodatni.

W wymienionym przykładzie jodku potasowego (zob. ryc. 2) jod jest bogatszy o elektron, jest więc anionem (—). Potas natomiast jest uboższy o elektron, jest więc kationem (+). Woda sama jest zdysocjowana w znikomej ilości na wodór jako kation i wodorotlen jako anion.

Jeśli do roztworu jodku potasu w wodzie zanurzymy dwie elektrody i przepuścimy prąd stały (n. p. z aparatu Jonodontu), to do

bieguna dodatniego wędrować będzie ujemnie naładowany jod, do bieguna zaś ujemnego dodatnio naładowany potas.

Wędrówka ta jest wynikiem działania siły elektrobodźczej prądu wzgl. pola elektrycznego. Ujemnie naładowane aniony dążą do anody czyli dodatniego bieguna, dodatnio naładowane kationy dążą do katody czyli ujemnego bieguna. W ten sposób odbywa się przenoszenie prądu. Elektrolity nazwał Faraday półprzewodnikami, gdyż nie prze-



Rycina 2. Elektroliza jodku potasu w roztworze wodnym.

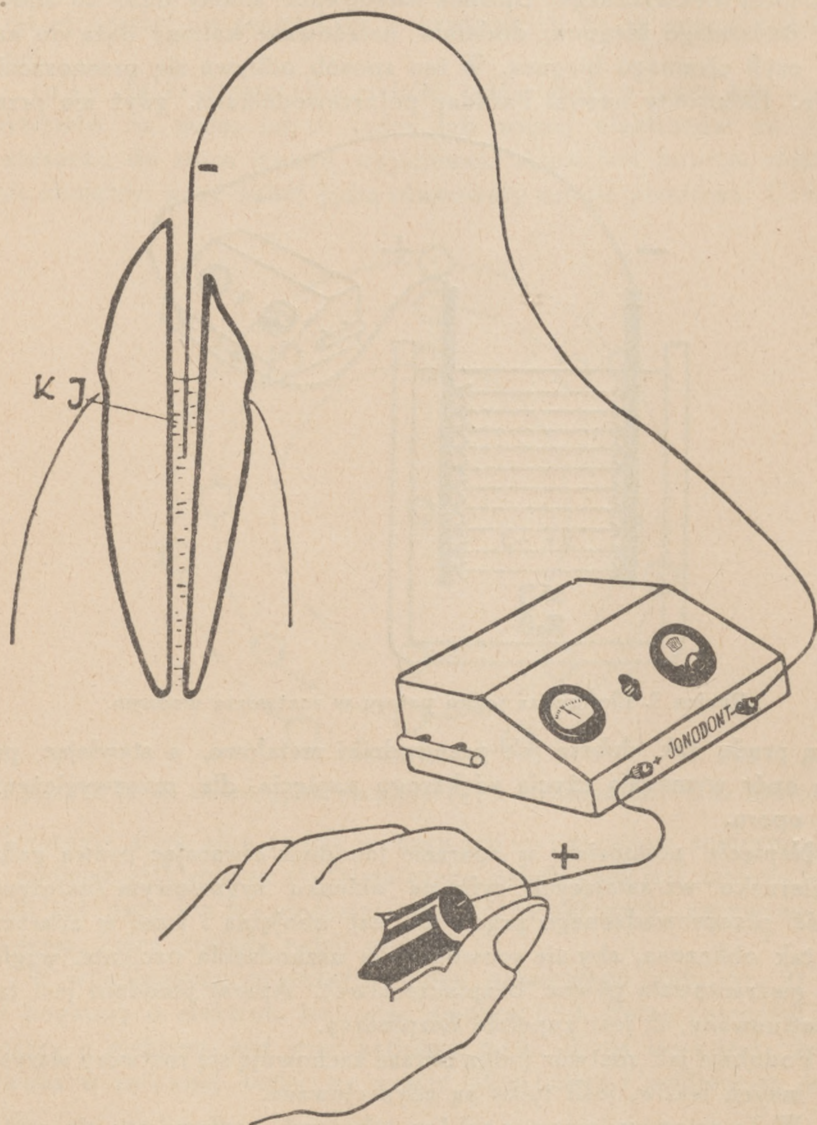
noszą prądu tak dobrze jak przewodniki metalowe, a stawiając pewien opór wymagają użycia większego napięcia dla przezwyciężenia tego oporu.

Napięcie podnosimy w aparacie jonodont obracając prawą gałkę w kierunku wzrastających cyfr na okienku sygnałowym (natężenie i ilość przeprowadzonego prądu nie jest obojętna i musi w aparacie być tak obliczona, aby nie spowodowała uszkodzenia pacjenta, względnie gwarantowała pewne bezpieczeństwo). Aparat jonodont jest tak skonstruowany, iż jest zupełnie bezpieczny.

Podobnie jak roztwór jodku potasu zachowują się roztwory wszystkich innych leków, jeśli tylko są zdysocjowane.

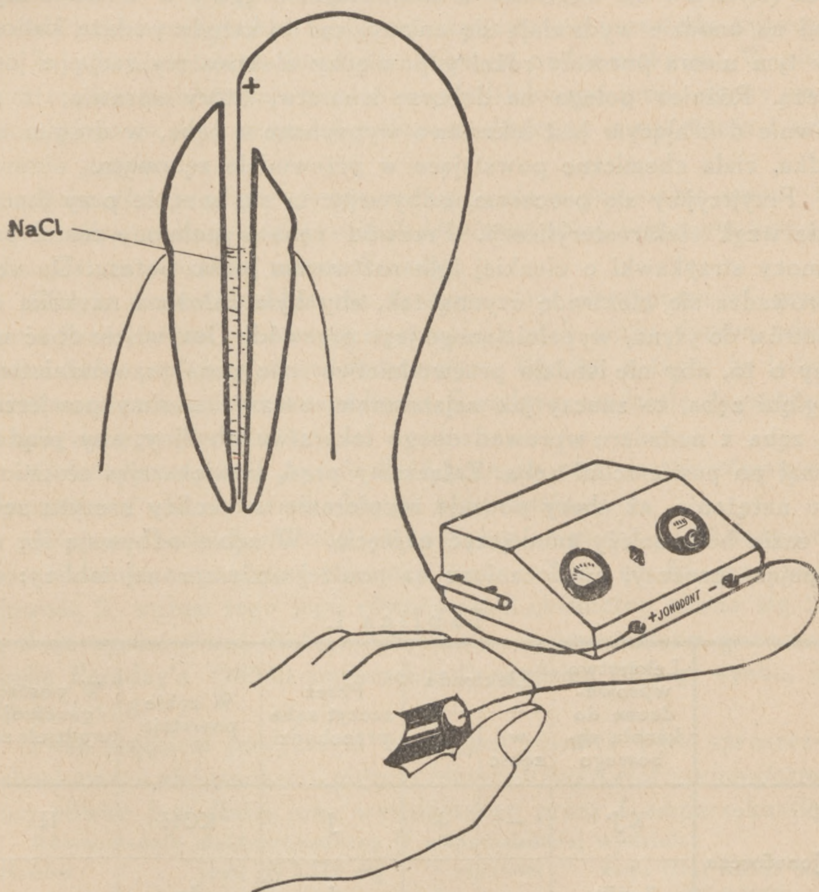
W leczeniu przewodów zębowych posługujemy się następującymi lekarstwami: KJ, Zn J_2, NaCl, $ZnCl_2$ itp., którymi wypełnia się przewód zębowy, a następnie stosujemy albo elektrosteryli-

z a c j ę a l b o j o n o f o r e z ę. W jednym i drugim wypadku chodzi o zjawiska podobne i stosowanie tego samego rodzaju prądu. Tylko przy jonoforezie przede wszystkim czynnym jest lekarstwo przeprowadzane



Rycina 3. Jonoforeza jodu. Poza szczyt zęba przechodzi jod, w zębie powstaje KOH ług potasowy, wodór uchodzi w powietrze. (Zob. tabl. 1).

przez szczyt zęba, n. p. jod, przy elektrosterylizacji zaś idzie nam głównie o związki chemiczne powstające na elektrodzie w przewodzie zębowym. Ciała te muszą być tak dobrane, aby wydzielając się na elektrodzie, powodowały silne działanie bakteriobójcze płynu znajdującego się w zębie i tym samym sterylizację przewodu zębowego.



Rycina 4. Elektrosterylizacja roztworem soli kuchennej. W zębie powstaje chlor in statu nascendi i działa bakteriobójczo.

Wynika stąd zasadnicza **różnica w sposobie wprowadzania elektrody do zęba w zależności tego czy stosujemy jonoforezę czy elektrosterylizację.** Przy jonoforezie wystarczy zanurzyć w płynie znajdującym się w zębie elektrodę na

kilka milimetrów, a siła elektrobodźcza aparatu wykona pracę przeprowadzenia lekarstwa przez elektrolit do szczytu zęba. Przy elektrosterylizacji musimy elektrodę wprowadzić możliwie głęboko aż do szczytu zęba, aby na całej długości przewodu zębowego mogła się z płynu wydzielać ta substancja chemiczna, która ma wyjałowić przewód. (Ryc. 3 i 4). Zarówno w elektroforezie jak i w elektrosterylizacji na anodzie wydzielają się aniony, zaś do katody podążą kationy, w tym niema pozornie różnicy pomiędzy elektrosterylizacją a jonoforezą. Różnica polega na doborze lekarstw, który sprawia, iż raz głównie działającym jest lekarstwo wypychane z zęba, w drugim wypadku, ciała chemiczne powstające w przewodzie zębowym.

Przyjrzyjmy się procesom, odbywającym się w zębie przy jonoforezie wzgl. elektrosterylizacji. Przewód zęba wypełniony został przy pomocy strzykawki o cienkiej igle roztworem jodku potasu. Do zęba wprowadza się elektrodę czynną tak, aby była założona na kilka milimetrów do płynu, wypełniającego jego przewód. Oczywiście dbać musimy o to, aby nie istniało przewodnictwo inne poza przewodnictwem w głębi zęba, to znaczy jak najstaranniej osuszyć musimy powierzchnię zęba z nadmiaru wprowadzonego lekarstwa lub śliny, aby prąd nie płynął po powierzchni zęba. Załączamy prąd, powiększając stopniowo ego natężenie, aż chory poczuje rozpieranie w okolicy szczytu zęba. W razie bolu należy zmniejszyć napięcie. W zębie odbywają się następujące procesy, uwidocznione na poniżej umieszczonej tablicy:

Tablica 1.

	Lekarstwo wprowadzone do kanału zębowego	Elektroda		Przez szczyt zęba przechodzi	W zębie powstaje	W postaci gazowej wydziela się
		w zębie	bierna			
Jonoforeza	K·J‘	—	+	J	KOH	H
	Zn··J‘2	—	+	J	Zn	—
Elektrosterylizacja	Na·Cl‘	+	—	Na	Cl(Cl2)	O_2
	Zn··Cl‘2	+	—	Zn	Cl(Cl2)	O_2

· oznacza kation — ilość kropek wartościowość kationu,
‘ oznacza anion — ilość przecinków wartościowość anionu.

Jod w postaci jonowej, pędzony siłą elektrobodźczą dostaje się w okolicę szczytową wzgl. do kanalików zębinowych, które nasyca sobą i tu oddaje nabój, stając się atomem jodu szczególnie czynnym, gdyż in statu nascendi.

Przy elektrosterylizacji powstaje w zębie chlor, który również przechodzi ze stanu jonowego w stan atomowy, in statu nascendi bardzo chciwie i energicznie łączy się z zawartością przewodu zębowego.

Zajmijmy się nieco ilościami, które są nader ciekawe. W pierwszym rzędzie zainteresuje nas masa wydzielonego jonu, dajmy na to, jodu. *Masa ta jest proporcjonalna do iloczynu z natężenia i czasu trwania prądu.*

Jednostka prądu, t. j. amper wydziela w jednostce czasu, t. j. w sekundzie zawsze jednakową ilość pierwiastka, w naszym wypadku jodu. Jest to pierwsze prawo Faradya.

Drugie prawo Faradya, że *ta sama ilość elektryczności przepędzona przez różne elektrolity wyzwala z nich masy jonów równoważne sobie pod względem chemicznym.* Wynika z tego, że ładunek 96540 ampersekund tak zwana liczba Faradaya, wydziela gram-równoważnik danego pierwiastka.

Gramrównoważnik jest to ilość gramów pierwiastka równa równoważnikowi chemicznemu danego pierwiastka.

Równoważnik chemiczny jest to ciężar atomowy podzielony przez wartościowość, np. ciężar atomowy cynku równa się 65, jego wartościowość 2, wobec tego jego równoważnik chemiczny równa się 32,5. Tę ilość cynku równą 32,5 gr nazywamy równoważnikiem gramowym. Liczba Faraday'a (96540 ampersekund) wydzieli 32,5 gr cynku, jodu 126 gr i t. d.

Poza pojęciem powyższym znane jest również jako uproszczenie rachunkowe w elektrochemii pojęcie *równoważnika elektrochemicznego*, który równy jest ilości jonu wydzielonego przez 1 ampersekundę.

Równoważnik elektrochemiczny (1 ampersekunda) wydziela:

kationów	jodu (J) 1.315 mg	anionów:	sodu (Na) 0.2383 mg
	chloru (Cl) 1.813 „		potasu (K) 0.4052 „
			wapnia (Ca) 0.2077 „
			cynku (Zn) 0.3387 „
			wodoru (H) 0.01044 „

Z powyższej tabeli obliczamy bez trudu ilość wydzielonego jonu. I tak: jeśli choremu stosowaliśmy dwa miliampery przez 15 minut, t. j. w sumie 30 miliamperminut, to masa wydzielonego jonu równać się będzie wedle wzoru:

$$M = K.J.t$$

M = masa wydzielonego jonu
K = równoważnik elektrochemiczny (z powyższej tabeli)
J = natężenie prądu w amperach
t = czas w sekundach.

Jeśli 1 ampersekunda wydziela jodu 1,315 mg to 1 miliamper sekunda wydzieli 1315 : 1000. W 1800 sekundach $\frac{1.315}{1000} \cdot 1800 = 1.315.1.8$ = 2.367 mg jodu, równa się masa wydzielonego jodu w 30 miliamperminutach.

W podobny sposób obliczyć możemy każdą dowolną ilość wydzielonego jonu.

Opór tkanki między elektrodami obliczamy z wzoru:

$$\frac{V}{Amp.} = \omega$$

V = napięcie w woltach
Amp. = natężenie prądu w amperach
ω = opór w omach.

Do wyznaczania oporu tkanki posługiwaliśmy się specjalnym jonodontem, który zaopatrzony był w dwa przyrządy, a to jeden precezyjny miliamperomierz, a drugi woltomierz.

Opór tkanki obliczyliśmy, podstawiając we wzorze wartości odczytane na przyrządach pomiarowych.

Tablica 2.

Przypadek	Wolty	Miliampery	We wzorze $\frac{V}{amp} =$	Obliczony opór w ω
1	11	2	$\frac{11}{0{\cdot}002}$	5.500
2	10	0·5	$\frac{10}{0{\cdot}0005}$	20.000
3	40	2	$\frac{40}{0{\cdot}002}$	20.000
4	20	3	$\frac{20}{0{\cdot}003}$	6.600
5	18	4	$\frac{18}{0{\cdot}004}$	4.500
6	10	1	$\frac{10}{0{\cdot}001}$	10.000

Pomierzone opory wahały się, jak wynika z tablicy 2 w granicach od 4.500 do 20.000 omów. Różnice te znajdują wytłumaczenie w oporach wejściowych, to jest oporze skóry i zęba.

Różnica oporu właściwego tkanki samej (po przejściu prądu przez skórę i ząb) nie odgrywa roli, gdyż odpowiada oporowi płynów ustroju i waha się w małych granicach. Zmiana odległości między elektrodami wpływa na wielkość oporu. Przez skrócenie drogi n. p. przeniesienie elektrody z ręki na ramię lub kark lub do ust, zmniejszamy drogę prądu i tym samym i opór.

Decydującą rolę odgrywają opory wejściowe: a więc opór wzrasta przy grubej skórze (robotnicy) lub suchej (nie zwilżona elektroda ręczna). Ważnym czynnikiem jest opór zęba. Jeżeli kanał zęba ma połączenie z tkanką o dużej zawartości płynów (ozębna) np. przy przejściu przez szczyt rozszerzaczem lub przy przebiciu ściany zęba fałszywym kanałem lub u dzieci, u których spotyka się szeroki otwór szczytowy korzenia, opór wejściowy jest mały.

Jeżeli prąd napotyka na swojej drodze grubą warstwę zębiny, której opór jest duży, konieczne jest zwiększenie napięcia dla przepchnięcia prądu i z nim leku.

Ilość leku, którą się chce przeprowadzić do tkanki lub wydzielić w zębie, musi być zdeponowana w przewodzie zębowym i od tegoż zależy stężenie wprowadzonego elektrolitu.

Jeśli np. przewód zębowy jest rozszerzony do szerokości 1·5 mm o długości przewodu osi około 100 mm, to przewód zębowy po wypełnieniu zawierać będzie 18 mm^3 płynu, co obliczamy aproksymatywnie z wzoru: $O = r^2 \pi \cdot w$

O = objętość
r = promień
$\pi = 3.14$
w = wysokość

Słup płynu w kanale zębowym z 18 mm^3 płynu ma dostarczyć nam dostatecznej ilości leku np. jodu z roztworu jodku potasu podczas stosowania jonoforezy.

Ponieważ przy 30 miliamperminutach wydziela się około 2,5 mg jodu, więc przynajmniej taką ilość musimy w przewodzie zęba umieścić w roztworze KJ.

Stosunek jodu do potasu w jodku równa się stosunkowi ciężarów atomowych tj. jodu 127 do potasu 39 gr.

Przy pomocy równania wyliczamy, że 2,5 mg jodu odpowiada 0,8 mg potasu w jodku potasu, co stanowi masę 3.3 mg KJ.

Gdy 3.3 mg KJ znajdzie się w 18 mg wody, to stosunek KJ do wody równa się 1 : 6 wagowych części, to jest 17%.

Bernard podaje następującą receptę do jod — Jonoforezy:

Jodi puri 7,5
Kali jodati 5,0
Aqu. dest. 10,0

przed użyciem dziesięciokrotnie rozcieńczyć w wodzie destylowanej.

Roztwór powyższy również wystarczy, jeśli uświadomimy sobie, że wodów tworzący się na elektrodzie w zębie wypycha płyn, który należy uzupełnić po 10—15 miliamperminutach. Z nowej porcji płynu popłynie dalsza część jodu w kanaliki zębinowe i przez otwór szczytowy do opolicznej tkanki.

Przy elektrosterylizacji 30 miliamperminutowej wydzieli się chlor w ilości 3,3 mg. Ciężar atomowy Na i Cl = 23 gr Na, 35 gr Cl. 3.3 mg Cl odpowiadają 2 mg Na w NaCl. Wobec tego w przewodzie zęba mieszczącym około 18 mm^3 płynu znajdować się będzie conajmniej około 5,5 mg soli kuchennej. Stanowi to stosunek wagowy wody 3,3 na 1 soli, co procentowo daje około 33% roztwór.

Używanie roztworów o wyższym stężeniu nie jest szkodliwe, a nawet korzystne z powodu większego przewodnictwa elektrycznego tych roztworów i z powodu ubywania płynu w kanale zębowym przez wypieranie go wodorem powstającym na elektrodzie.

Piśmiennictwo.

Pierre Bernard — Jonophorese dentaire. Lyon.
Hober Rudolf — Physikalische Chemie der Zelle und Gewebe. Lipsk.
Le Blanck — Elektrochemie.
Witkowski-Zakrzewski — Zarys fizyki.

Dział sprawozdań.

Prochnica zębów. Zapobieganie. a) U dorosłych najlepszą metodę stanowi dokładne czyszczenie zębów na ich powierzchni zewnętrznej i wewnętrznej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na ostatnie trzonowce. b) U osesków: najważniejsze jest karmienie piersią (dodatni wpływ na kształtowanie się uzębienia energicznych ruchów mięśni żwaczy przy ssaniu), natomiast karmienie butelką (smoczkiem), ssanie palców i t. p. prowadzą do zniekształcenia szczęk i do nieprawidłowego osadzenia zębów; z chwilą, gdy wyrznęła się dostateczna ilość zębów, należy zastosować czyszczenie szczoteczką ze szczególnym zwróceniem uwagi, by w jamie ustnej nie pozostawały resztki węglowodanów (smoczki z cukrem w wysokiej mierze wywołują próchnicę zębów mlecznych); z chwilą gdy na to pozwala zdolność trawienna żołądka i jelit, należy jaknajwcześniej zastosować pokarmy stałe (chleb, twardsze mięso, suszone owoce), zbyt długotrwałe podawanie papek psuje zęby. (Prof. H. Pichler, Wien. med. Woch. Nr. 41—42 (1935). (Postępowanie to nie uwzględnia niestety w wystarczający sposób doprowadzenia witaminów, mechanicznego czyszczenia zębów przez świeże owoce, twardy chleb i t. p., płókania jamy ustnej po jedzeniu i przed spoczynkiem).

Z Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
(Dyrektor: Prof. Dr. Antoni Cieszyński).

Dr. IGNACY PIETRZYCKI. LWÓW
St. Asystent Kliniki Stom. U. J. K.

ELEKTRO-STERYLIZACJA I JONOFOREZA W LECZNICTWIE ZACHOWAWCZYM KORZENI ZE ZGORZELĄ I ZE ZMIANAMI OKOŁOSZCZYTOWYMI.

L' électrostérilisation et jonophorèse et le traitement des affections dentaires avec gangrène pulpaire et granulome.

Elektrosterilisation und Jonophorese bei konservativer Wurzelbehandlung der Zähne mit gangränoser Pulpa und Granulom.

Doc. pol. 59.0, 51.28. Doc. int. 616.314.085.845.6.

Odkażanie przewodu korzeniowego, tkanki zębinowej i leczenie zmian okołoszczytowych należy do najtrudniejszych zagadnień w lecznictwie zachowawczym. Wobec dzisiejszego stanu nauki o schorzeniach zgorzelinowych miazgi korzeniowej i jej stosunku do zmian w tkance okołoszczytowej postępowanie lecznicze zachowawcze w takich przypadkach polega na: 1) opróżnieniu jak najdokładniejszym przewodu korzeniowego z zawartości odkażanej poprzednio etapami, 2) rozszerzeniu przewodu przede wszystkim w okolicy szczytu (t. zw. „delty"), 3) odkażeniu całego pola operacyjnego zwłaszcza w części szczytowej, wreszcie na 4) szczelnym wypełnieniu przewodu odpowiednim materiałem uwzględniając przytym znowu okolicę przyszczytową.

W przypadkach, w których okolica pozaszczytowa nie wykazuje zmian ziarninowych, albo zmiany te są stopnia nieznacznego i są raczej wyrazem zadziałania na tkankę przyzębną jadów (toksyn) i produktów rozpadu zgorzelinowej miazgi korzeniowej, postępowanie lecznicze według powyżej wyszczególnionych zasad może dać dobre wyniki, o ile, oprócz czynników biologicznych nie dających się dokładniej określić, warunki anatomiczne korzeni zębowych są w okolicy szczytowej sprzyjające — to jest przewody są dostępne dla narzędzi dentystycznych. Te właśnie właściwości anatomiczne korzeni w okolicy szczytowej nie pozwalają najczęściej na dostateczne rozszerzenie i oczyszczenie przewodu w jego najważniejszym odcinku i zniewalają praktyka do poprzestania na stosowaniu środków odkażających. Słabą stroną środków odkażających wprowadzanych do przewodu korzenio-

wego jest to, że ich działanie bakteriobójcze polega w przeważnej części na własności ścinania białka, które w stanie ściętym utrudnia wnikanie danego środka odkażającego w warstwy głębsze. Inne natomiast środki odkażające, które działają toksycznie na zaródź drobnoustrojów, uszkadzają równocześnie ciężko tkankę przyzębną, nadto dawkowanie i rozmieszczanie danego środka nie daje się kontrolować.

Dlatego w przypadkach zmian ziarninowych w okolicy pozaszczytowej najpewniejsze wyniki lecznicze można było osiągnąć tylko na drodze krwawej, usuwa się bowiem radykalnie ognisko chorobowe przez wyskrobanie ziarninowo zmienionej tkanki tkwiącej w kości zębodołu, a równocześnie przez odcięcie szczytu korzenia, zawierającego skład materiałów zakaźnych i rozkładających się, usuwa na stałe główny i istotny czynnik powodujący i utrzymujący zmiany chorobowe w tkance przyzębnej okołoszczytowej.

Właściwość prądu elektrycznego galwanicznego, polegająca na rozkładaniu elektrolitów i przenoszeniu ich składowych części t. zw. jonów w kierunku elektrod o odmiennym znaku naboju elektrycznego, może wprowadzić lecznictwo zachowawcze zgorzelinowych korzeni na właściwą drogę postępowania.

Elektrosterylizacja czyli otrzymywanie silnie działających środków chemicznych (in statu nascendi) w miejscu, gdzie jon, to jest składnik elektrolitu obdarzony nabojem oddając go elektrodzie o znaku odmiennym staje się elektrycznie obojętny, ale zato chemicznie bardzo czynny, oraz jonoforeza czyli wędrówka jonów spowodowana energią elektryczną, mogą odegrać rolę decydującą w lecznictwie zachowawczym nietylko samych schorzeń zgorzelinowych miazgi, ale też powikłań ze strony tkanki okołoszczytowej.

Elektrosterylizacja t. j. odkażanie przewodu korzeniowego przy użyciu energii elektrycznej i odpowiedniego elektrolitu jest nader proste i oczywiste. Wprowadzony naprzykład do przewodu korzeniowego roztwór soli kuchennej, albo chlorku cynkowego z elektrodą o biegunie dodatnim dostarczy nam na elektrodzie tkwiącej w przewodzie chlor in statu nascendi, który jako gaz i w roztworze wodnym (już 3%) stanowi najenergiczniejszy środek odkażający. Gdziekolwiek więc igiełka elektrody zdoła wniknąć i znajdzie się roztwór soli kuchennej, wszędzie tam można zadziałać bezpośrednio wydzielającym się chlorem. Praktyk otrzymuje więc w postaci elektrody znakomity instrument odkażający wnętrze przewodów korzeniowych nawet mało dostępnych.

Szczególniejsze zainteresowanie musi budzić ta metoda dla stomatologa od kiedy pojęcie „Oral sepsis" kojarzy się z pojęciem ziarniniaka, a ten z obrazem roentgenologicznym, chociaż obraz ten pozwala tylko stwierdzić, że struktura kości zębodołowej ulega rozrzedzeniu. Zanim jednak dodatnie wyniki lecznicze, jakie można osiągnąć w leczeniu korzeni zgorzelinowych aparatem do jonoforezy potwierdzone zostaną badaniami bakteriologiczno-histologicznymi, oraz wytrzymają próbę czasu należy rozpatrzeć poszczególne możliwości działania leczniczego środkami przy współudziale energii elektrycznej.

Jeżeli zmiany ziarninowe okołoszczytowe przedstawiają proces zapalny jako następstwo działania tylko jadów bakteryjnych i produktów rozpadu miazgi, co prawdopodobnie stanowić będzie większość przypadków ziarniniaków, metoda elektro-sterylizacji i jonoforezy powinna oddać bardzo wielkie usługi lecznicze i doprowadzać takie przypadki do zupełnego wyleczenia. Wynika to z właściwości utkania drobnokomórkowego, jakie charakteryzuje ziarniniak i upodabnia go do utkania typu adenoidalnego.

Celem przyśpieszenia wessania nacieków drobnokomórkowych i ustąpienia stanów zapalnych stosowany jest między innymi od dawna z dobrym skutkiem jod i jego połączenia. Przy zastosowaniu jod-jonoforezy jodjony zaniesione są energią elektryczną z przewodu korzeniowego w tkankę ziarninową, gdzie gęsto rozsiane mogą bezpośrednio rozwijać swe działanie do pewnego stopnia swoiste. Sprzyja temu właściwość tkanek będących w stanie zapalnym, że zatrzymują jony o nabojach elektrycznych ujemnych.

Tkanki zapalne mają własność zatrzymywania substancyj obcych dla organizmu, a mających nabój elektryczny ujemny. Zjawisko to nazwane przez Ascoli Alberta „anacorezą" występuje też w okolicy tkanek okołoszczytowych korzeni zakażonych.

Jodjony zmuszone do wędrówki poprzez miazgę szczytową i wszystkie jej ewentualne odgałęzienia odkażają po drodze zawartość przewodu i jego odgałęzień to jest tych części korzenia, które jako niedostępne dla mechanicznego oczyszczenia mogłyby stać się czynnikiem podtrzymującym stany zapalne w okolicy pozaszczytowej i powodować dalsze tworzenie się tkanki ziarninowej.

Chcąc śledzić losy jonów zaniesionych energią elektryczną z przewodu korzeniowego poza jego obręb w głąb przylegających tkanek, należy uwzględnić rozmaitego rodzaju środowiska, w których te jony się znajdą.

Jedno środowisko stanowić będzie martwa miazga, najczęściej w stanie rozkładu, z obfitą florą gnilną przepojoną produktami gnicia, jak: H_2, H_2S, CH_4, NH_3. Drugim środowiskiem jest tkanka żywa w mniej lub więcej przewlekłym stanie zapalnym jałowa lub zakażona drobnoustrojami z przewodu korzeniowego przez otwór szczytowy.

Jony, przechodząc przez te środowiska, będą częściowo neutralizowane pod względem ładunku elektrycznego zależnie od rozmaitego powinowactwa do nabojów elektrycznych napotykanych elementów, albo będą wchodzić w połączenia chemiczne sobie właściwe, wreszcie mogą przejść w stanie niezmienionym do ogólnego krążenia i opuścić ustrój drogą nerek, skóry lub przewodu pokarmowego. Elektrolity mogą zawierać jony z pojedynczych pierwiastków i ich grup i obejmować zarówno krystaloidy jak i związki koloidowe. Z tego wynika, że jonoforeza dysponować może bogatym zasobem środków leczniczych z wielu możliwościami ich stosowania w schorzeniach zęba i tkanek okołoszczytowych. Elektroda rozładująca jony w zastosowanym elektrolicie dostarczyć może w miejscu danym największej energii chemicznej jako czynnika bakteriobójczego.

Jonoforeza jako zjawisko chemiczno-fizykalne może spowodować dosłowne nadzianie tkanki ziarninowej elementami działającymi do pewnego stopnia swoiście w naciekach zapalnych jak jod. W podobny sposób mogą być użyte roztwory soli metali jak złota, srebra, bizmutu i t. p., których jony zaniesione w tkankę ziarninową, oprócz swego bezpośredniego działania na obecne tam drobnoustroje, zmienić mogą środowisko tkankowe w tym kierunku, że rozwój drobnoustrojów stanie się utrudniony, lub wręcz niemożliwy.

Dotychczasowe wyniki zastosowania elektrosterylizacji i elektroforezy w przypadkach schorzeń korzeniowych ze zgorzelą przedstawiają się następująco: We wszystkich 15 przypadkach chorzy już po pierwszym zastosowaniu doznali wyraźnego poczucia polepszenia (bóle w okolicy szczytowej korzenia wybitnie się zmniejszyły). Tosamo dotyczyło wrażliwości na ucisk okolicy szczytowej i na ucisk i opukiwanie zęba pionowe. Już po pierwszej elektrosterylizacji można było zauważyć, że wkładka kamfenolowa, wprowadzona do przewodu dotychczas obficie ropiejącego, przy następnej zmianie po 3 dniach wykazywała zaledwie lekkie przepojenie wysiękiem.

Bardzo dobre wyniki można było obserwować po elektrosterylizacji, używając do tego celu roztworu soli kuchennej i czasu około 20—30 minut przy 1—2 Ma. Na ogół poprzestawano na 3—4 posie-

dzeniach, z przerwami 3—4 dniowymi, poczem wypełniano korzenie szybkoschnącym cementem. Korzenie były we wszystkich przypadkach rozszerzane, a do przewodów wprowadzono zawsze wkładki z watą z kamfenolem.

W praktyce dentystycznej leczenie korzeni zębów ze zgorzelą miazgi i jej powikłań w postaci ziarniniaków aparatem „jonodontem" przedstawia się następująco: Po ostrożnym opróżnieniu przewodu korzeniowego z mas zgorzelinowych i rozszerzeniu wejścia do przewodu wprowadzamy do niego wkładkę waty nawiniętej na igle Millera i napojonej obficie w roztworze soli kuchennej, a usunąwszy igłę wprowadzamy na jej miejsce do przewodu igłę elektrody. Zamiast na sączku możemy wprowadzić roztwór soli strzykawką o cienkiej igle. Igłę elektrody wprowadzamy tak głęboko jak się to da — uczynić bez bolu i większego nacisku, poczym osuszamy wacikiem okolicę wejścia do przewodu i natłuszczamy ząb odrobiną wazeliny, o ile nie izolowaliśmy zęba w całości przez założenie kofferdamu. Przez wzgląd na to, że pierwszym naszym zadaniem będzie odkażenie resztek zawartości zgorzelinowych i samego przewodu łączymy igłę elektrody tkwiącą w przewodzie z biegunem dodatnim aparatu. Elektrodę z igłą przytrzymuje osoba druga, lub można ją ustalić w przewodzie zęba przy użyciu mało skomplikowanego przytrzymywacza zakładanego na głowę pacjenta. Po skontrolowaniu, czy wszystko jest na swoim miejscu, zapalamy lampkę w aparacie i zwolna włączamy prąd przy pomocy guzika umieszczonego przy prawym okienku z lampką. Zwiększając energię elektryczną przez obrót guziczka prawego orientujemy się wskazówką w okienku lewym wskazującym nam natężenie prądu w miliamperach. Czas trwania odkażania przewodu może być stosowany w granicach 20—30 Miliamper. Minut n. p. wystarczy stosować prąd o 2 Miliamperach w przeciągu 15 minut $2 \times 15 = 30$ Ma.

Wahania w nasileniu prądu, jakie dość często występują w czasie stosowania prądu regulujemy zależnie od wrażliwości danego osobnika, stosując dawkę poniżej progu boleśności.

Stosowanie elektrosterylizacji czy jonoforezy dokonywać najlepiej w odstępach 2—3 dniowych.

Jeżeli w przypadkach z obfitym wyciekiem ropnym, który jest wyrazem schorzenia okolicy poza szczytowej, chlorosterylizacja przewodu nie daje w 2 posiedzeniach całkowitego wstrzymania wycieku ropnego, należy przejść do jod-jonoforezy, która polegać będzie na tym, że elektroda z igłą połączona zostanie z biegunem ujemnym apa-

ratu, a do przewodu wprowadzi się wkładkę z waty napojonej roztworem jodku potasu, przyczym igły elektrody nie potrzeba wprowadzać tak głęboko, a tylko tyle, aby była zanurzona w płynie elektrolitu. W przypadku stosowania jodku potasu jako elektrolitu przenosimy jony jodu z przewodu korzeniowego poprzez zawartość kanałów i kanalików zębinowych do tkanki okołozębowej, w tym wypadku zapalnie zmienionej. Z tego powodu przyjmuje się jako dawkę leczniczą jednego posiedzenia iloczyn z Miliamperów i minut równy 25—30, to jest uzyskując natężenie prądu 2 Miliamperów stosujemy prąd przez 10—15 minut. Przekroczenie tych dawek, aczkolwiek niekiedy jest bardzo dobrze znoszone przez pacjenta, może u osób wrażliwszych spowodować wystąpienie bolów trwających kilka do kilkanastu godzin. Dlatego wskazane jest na pierwszym posiedzeniu zastosować dawkę umiarkowaną nie przekraczającą 20 Miliamper-minut. Uwagi te dotyczą stosowania jako środków leczniczych, roztworu soli kuchennej i jodku potasu i stanowią punkt wyjścia dla prób stosowania wielu innych elementów i związków chemicznych.

Po skończonych zabiegach najodpowiedniej jest wypełnić przewód wkładką z waty napojonej kamfenolem i zamknąć wypełnieniem tymczasowym, o ile zmiany zgorzelinowe nie wymagają początkowo zamknięcia półszczelnego.

Streszczamy: Celem energicznego odkażania przewodu korzeniowego można posługiwać się aparatem „Jonodontem" w każdej fazie zachowawczego leczenia zgorzeli miazgi, nawet gdy korzenie są zakrzywione, oraz można skutecznie rozwijać działalność leczniczą w schorzeniach tkanek okołoszczytowych zęba, wykorzystując energię prądu elektrycznego jako czynnika przenoszącego odpowiedni środek leczniczy z przewodu korzeniowego w jego kanaliki zębinowe i dalsze otoczenie. Czynnik ten stwarza też rozległe możliwości eksperymentalne i lecznicze dla stomatologa.

Dr I. Pietrzycki (Lwów): Elektrosterilisation und Jonophorese bei konservativer Wurzelbehandlung der Zähne mit gangränöser Pulpa und Granulom.

Der Verfasser erwägt die praktisch-therapeutischen Möglichkeiten bei zielbewusster Anwendung der elektrischen Kraft (Jonophorese) zur Sterilisation der Wurzelkanäle und zur Behandlung der periapikalen Gegend. Die Desinfektion des Wurzelkanals kann mittels des Apparates „Jon odont" unabhängig auch bei gekrümmten Wurzelkanälen bei Pulpagangrän durchgeführt werden, ebenfalls kann man gute Heilerfolge bei pathologischen Veränderungen in der Wurzelspitzengegend erzielen. Mittels des elektrischen Stromes wird das entsprechende Heilmittel vom Wurzelinnern in die Dentinkanälchen und in die retroapikale Gegend befördert. Dieser Weg ergibt weitgehende experimentelle sowie therapeutische Aussichten.

Dr. Emil MEISELS LWÓW

Pracę poświęcam Prof. Cieszyńskiemu, twórcy Radiologii Stomatologicznej, z okazji 30-lecia Jego działalności naukowej.

UWAGI O PODSTAWACH DZISIEJSZYCH METOD PROMIENIOLECZNICTWA NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH.

Remarques sur les méthodes principales de la radiothérapie des tumeurs malignes.

Bemerkungen zur grundlegenden Methodik der Strahlentherapie maligner Tumoren.

Doc. pol. 55.84. Doc. int. 616, 31—073.85.

Obie metody promieniolecznictwa nowotworowego, a mianowicie promieniolecznictwo rentgenowskie i promieniolecznictwo radowe stosowane były prawie do lat ostatnich bez dokładnego właściwie poznania podstaw działania, właściwych każdej z tych metod i co zatym idzie bez dokładnego określenia dla każdej z nich klinicznych wskazań i przeciwwskazań. Stosowanie jednego czy też drugiego rodzaju naświetlań było uwarunkowane raczej ubocznymi względami, niż celowym wyborem. Kraje anglo-romańskie dysponujące wielkimi ilościami radu stosowały chętniej i częściej ten sposób naświetlań. Ośrodki walki z rakiem starano się zaopatrzyć przede wszystkim w większe zapasy radu, mniejszą wagę zaś i znaczenie przypisywano rentgenoterapii. Przyznać też trzeba, że wyniki lecznicze uzyskiwane za pomocą curie-terapii, jak ku czci Curie-Skłodowskiej radioterapię w tych krajach nazwano, były też przeciętnie w tych czasach pomyśniejsze od uzyskiwanych za pomocą naświetlań rentgenowskich. W Niemczech natomiast, a także i w Austrii, gdzie z różnych powodów radioterapii nie poświęcano większej uwagi, starano się rozbudować przede wszystkim rentgenoterapię. Uważano ją za bardziej nadającą się do lecznictwa nowotworowego, głównie z tego powodu, że umożliwiała w sposób łatwiejszy i ekonomiczniejszy uzyskanie lepszego i jednorodniejszego rozprzestrzenienia energii promiennej w naświetlanych częściach. Postulat ten uważano za bardzo ważny także i dla promieniolecznictwa nowotworów powierzchniowych, w których stosowano również promieniowanie twarde. Na połączone z tym mimowoli ograniczenie dawki powierzchniowej na korzyść dawki przestrzennej, nie zwracano uwagi.

Obecnie, kiedy już prawie powszechnie w zakładach przeciwrakowych obie metody promieniolecznicze są stosowane i gdy dysponujemy ponadto sposobami mającymi zastąpić jedną metodę drugą, uzasadnione jest ściślejsze oznaczenie klinicznych wskazań i przeciwwskazań dla każdej z nich. To jest jednak możliwym po dokładnym poznaniu różnic zachodzących w ich działaniu biologicznym jak i też w techniczno-fizykalnych możliwościach ich stosowania. Jakże się więc dzisiaj te sprawy przedstawiają?

Przez pewien czas uważano, że różnice zachodzące w działaniu pomiędzy promieniowaniem radu, a promieniami rentgenowskimi, mają swoją przyczynę w różnicach przenikliwości. Doświadczenia Holthusena, Wooda, Packarda i innych wykazały jednak zupełną niezależność wpływu biologicznego od jakości promieniowania. Dokładne bardzo doświadczenia Holthusena i jego uczniów nad zachowaniem się jajeczek glisty końskiej pod wpływem promieni rentgenowskich i promieni radu wykazały z nieodpartą do dziś dnia słusznością, że skutki biologiczne przebiegają przy równych dawkach niezależnie od jakości promieniowania. Podobne wyniki dały też badania Holthusena nad zachowaniem się rumienia skóry pod wpływem promieniowań różnych przenikliwości.

Z doświadczeń tych wynika więc, że w tych właściwościach promieni nie można doszukiwać się przyczyny różnic wyników klinicznych. Przyjmuje się też dzisiaj powszechnie, że zachodzące tu różnice polegają na czymś innym, a mianowicie na różnych sposobach stosowania naświetlań rentgenowskich i radowych. Z różnic, które pod tym względem zachodzą, najwybitniejsze są właściwie dwie, a mianowicie różnice w odległościach pomiędzy zmianą, a ogniskiem promieniującym i różnice w długości czasu naświetlań. Naświetlania radowe stosuje się zawsze nawet w t. zw. naświetlaniach odległościowych z mniejszego oddalenia niż naświetlania rentgenowskie. W bardzo wielu przypadkach przykłada się preparaty radowe bezpośrednio do powierzchni zmiany lub wkłuwa się w jej wnętrze (naświetlania kontaktowe, radiopunktura). Czas naświetlań radowych trwający minimalnie od kilku godzin do kilku, a nawet kilkunastu dni jest zawsze niewspółmiernie dłuższy od czasu naświetlań rentgenowskich i połączony z o wiele cieńszym dopływem energii promiennej.

Przypatrzmy się teraz jakie właściwości biologiczne i kliniczne złączone są z tymi cechami. Naświetlania z małego oddalenia lub też za pomocą przytknięcia, albo też nawet wetknięcia źródła promienio-

wania do samej zmiany, co właśnie cechuje promieniolecznictwo radowe, dozwala przede wszystkiem na skoncentrowanie w warstwach przylegających do preparatów radowych dużych dawek, gdy równocześnie warstwy już tylko nieco głębiej lub dalej położone, otrzymują z powodu zmniejszenia się energii promiennej z kwadratem odległości, tylko drobne części tej dawki. Możemy więc w ten sposób zastosować wysoką dawkę w ograniczonym miejscu, bez obawy, by głębiej lub dalej poza obrębem schorzenia, znaczniejszy wpływ naświetlań mógł mieć jeszcze miejsce. Zbliżamy się w ten sposób do zadość uczynienia postulatowi, którego jeszcze przed laty Holzknecht domagał się, t. j. naświetlań niejednorodnych, naświetlań, których większa część energii pochłonięta byłaby już w obrębie zmienionych warstw. Jak słusznym jest to stanowisko, świadczą o tym wyniki uzyskane w nowotworach powierzchniowych, czy też za pomocą takich naświetlań radowych, czy też za pomocą naśladujących je naświetlań rentg., wedle metody Chaula. Natomiast zapatrywania, głównie autorów niemieckich, o konieczności jednorodnych naświetlań możliwie szerokiego otoczenia, a nawet całej części ciała, w której znajduje się ognisko nowotworowe, zapatrywania wychodzące z założenia, że komórki nowotworowe, jako bardziej wrażliwe, giną pod wpływem dawki, którą komórki zdrowe jako odporniejsze znoszą jeszcze bez szkody, okazały się w tym sformowaniu niesłuszne. Tak ujęta sprawa tyczy się tylko nowotworów, które ogólnie możemy określić jako nowotwory krągłokomórkowe. Natomiast nowotwory nabłonkowe o ile nie ulegają meta- lub anaplazji tak znacznej wrażliwości nie wykazują. Ich promieniowrażliwość dorównuje na ogół wrażliwości ich tkanek macierzystych, lub też jest nieznacznie wyższa, często zaś jest nawet niższa. (Borak). Jednorodne naświetlania więc całych warstw poza granicami właściwej zmiany, opierające się na zasadniczych różnicach w wrażliwości, nie są jak z tego wynika teoretycznie uzasadnione. Z drugiej strony naświetlania takie z powodu swej wysokiej dawki przestrzennej, nie są dla tkanek zdrowych obojętne. I dlatego też naświetlania radowe, które umożliwiają zastosowanie dawki dużej, w wysokości dawki niszczącej tkankę macierzystą, dawki epiteliolitycznej wedle terminologii Boraka, ograniczonej jednak w działaniu do zakresu zmiany, dają pomyślne i w dużej przeciętności pomyślniejsze rezultaty niż naświetlania rentgenowskie. Niestety takie rozwiązanie zagadnienia może być zastosowane tylko w nowotworach powierzchniowych. W nowotworach w głębi ustroju położonych sprawa

przedstawia się bardziej skomplikowanie. Do tego wrócimy jednak później.

Przejdziemy teraz do drugiej właściwości naświetlań radowych, a mianowicie ich długotrwałości. Naświetlania radowe stosuje się zawsze przez czas niewspółmiernie dłuższy od naświetlań rentgenowskich. Czynnikowi temu przypisuje się duże znaczenie biologiczne. Naświetlaniami trwającymi przez czas dłuższy ma się mieć większą możliwość trafienia komórek nowotworowych w stanach zwiększonej wrażliwości. Wrażliwość komórek nowotworowych nie jest bowiem stała, lecz waha się i to w dość dużych granicach. Większy wpływ biologiczny naświetlań długotrwających wykazały jeszcze przed kilkunastu laty doświadczenia Regauda, Nathera, Schinza i wielu innych autorów. Okazało się, że naświetlaniami długo trwającymi można osiągnąć skutki silniejsze i to przy pomocy dawek mniejszych, niż naświetlaniami krótkotrwającymi, zastosowanymi nawet w dawce wyższej. W rentgenoterapii doprowadziły wyniki tych doświadczeń do rozdzielenia dawek i przedłużenia czasu naświetlań. W całym szeregu nowotworów sposób ten dał rzeczywiście wyniki lepsze od uzyskiwanych po jednorazowym zaaplikowaniu całej dawki i stał się metodą wyboru. Najdalej w tym kierunku poszedł Coutard, który obok rozdzielenia dawek i rozłożenia na okres dłuższy, przedłuża też i czas poszczególnych naświetlań. Wyniki jakie pierwszy uzyskał w rakach górnych dróg oddechowych przewyższają rzeczywiście znacznie wyniki dotychczasowe i to zarówno co się tyczy wyleczenia, jak i też ochrony tkanek zdrowych w otoczeniu. Martwice chrząstek krtaniowych, które dawniej w przypadkach takich nawet wcale często się zdarzały, prawie nie występują w jego przypadkach. Inni autorzy, którzy metodę tę naśladowali, wykazują, że podobne wyniki otrzymać też można już samym rozdzieleniem naświetlań i że przedłużenie czasu trwania poszczególnych seansów do jednej a nawet dwu godzin, czego Coutard domaga się, nie jest nieodzownie konieczne. Pamiętać przy tym należy, że nawet znacznie przedłużone naświetlania rentgenowskie są jeszcze zawsze nieporównanie krócej trwające od stosowanych w sposób ciągły naświetlań radowych. Pod tym więc względem różnice pomiędzy tymi dwowa rodzajami promieniowań są nie do wyrównania. Ważnym jest jednak to, że już takie rozdzielenie naświetlań pozwala na znaczne zwiększenie dawki (nawet 10-krotne) bez wywołania uszkodzeń znaczniejszych i trwalszych w tkankach zdrowych. Tolerancja więc tkanek zdrowych wzmaga się wybitnie w miarę roz-

dzielenia dawki. Uwidacznia się to zupełnie wyraźnie, jeśli się porówna wyniki obecnie stosowanej metody naświetlań z wynikami metod stosowanych jeszcze przed kilku laty już po zastosowaniu nawet ciężkich filtrów i rozdzieleniu w pewien niedostateczny — jak dzisiaj widzimy — sposób naświetlań. Pomimo mniejszych w całkowitej sumie dawek uszkodzenia, a zwłaszcza późne, były wówczas wcale częste. Nie można się oprzeć wrażeniu, że takie właśnie rozdzielanie naświetlań, jakie wówczas stosowano było może najbardziej niebezpieczne dla całego układu naczyniowo-tkankołącznego i może bardziej niebezpieczne od masowych naświetlań, co zresztą Wintz zawsze twierdził. W każdym razie przejście do tego rodzaju rozdzielenia naświetlań, jakie się obecnie przeważnie stosuje, jest absolutnie połączone z większą ochroną i oszczędzaniem tkanek zdrowych. Uszkodzenia wczesne jak i późne nie są już dzisiaj tą zmorą ciążącą na promienioterapii jak dawniej.

Komórki nowotworowe mają w przeciwieństwie do komórek tkanek zdrowych znosić gorzej naświetlania rozdzielone i przedłużone. Naświetlaniami stosowanymi w ten sposób udaje się więc łatwiej zniszczyć je doszczętnie niż naświetlaniami jednorazowymi. Są jednak autorowie, do nich należy przede wszystkim Wintz, którzy stanowczo temu przeczą. Wintz jest zdania, że rozdzielenie dawek osłabia tylko wpływ naświetlań na komórkę nowotworową. By uzyskać ten sam skutek naświetlaniami rozdzielonymi, należy dawki podwyższyć. Wedle tego autora rozdzielone naświetlania nie mają większej wartości leczniczej*).

Na te biologicznie i klinicznie zawiłe bardzo kwestie rzucają pewne światło naświetlania stosowane wedle metody Chaula. Na czem metoda ta w istocie swej polega? Otóż Chaul wykorzystując postępy techniki, które umożliwiają stosowanie lamp uziemionych, przybliża znacznie ognisko lampy rentg. do ogniska chorobowego i aplikuje w rozdzielonych, codziennie stosowanych naświetlaniach, wysokie

---

*) Wintz twierdzi ponadto, że dla tkanek zdrowych naświetlania rozdzielone są niebezpieczniejsze od naświetlań jednorazowych, gdyż komórki trwałe w przeciwieństwie do komórek szybko żyjących komórek nowotworowych, kumulują uszkodzenia popromienne i trudniej je wyrównują niż zadane naświetleniami jednorazowymi. W naświetlaniach rozdzielonych mają dalej zacierać się różnice w promieniowrażliwości pomiędzy komórkami tkanek prawidłowych, a komórkami nowotworowymi. Twierdzenia te stoją w sprzeczności z wynikami doświadczeń wyżej wymienionych autorów i prawie z żadnej strony nie zostały potwierdzone. Przyczyna tych sprzeczności leży przecież może w różnych wysokościach dawek i różnych sposobach ich rozdzielenia.

dawki miękkiego i słabo filtrowanego promieniowania o skoncentrowanym jednak dopływie energii promiennej (do 300 r/min.). Kilkuletnie już dzisiaj doświadczenia tą metodą wykazują w powierzchniowych nowotworach rakowych, domeny naświetlań radowych pomyślne i zdaje się nie ustępujące im wyniki. Chaul uzyskuje więc swoimi krótkimi, kilkuminutowymi, codziennie przez mniejwięcej 3 tygodnie stosowanymi naświetlaniami, które w sumie dają dawkę wysoką, to samo, co uzyskuje się ciągłymi kilkunastu czy kilkudziesięciu godzinnymi naświetlaniami radowymi. Cechą wspólną obu rodzajów naświetlań jest wysoka dawka i mała odległość ogniska promieniowania od powierzchni zmiany. Różnice polegają na przenikliwości promieniowań, w długości czasu stosowania naświetlań i w wysokości dopływu energii promiennej. Te czynniki są jednak, jak z doświadczeń wynika, mniej miarodajne od obu pierwszych. Metoda Chaula wykazuje więc na drodze doświadczenia klinicznego, że w nowotworach nabłonkowych powierzchniowych czynnik czasu jak i też stopień przenikliwości promieniowania nie odgrywają decydującej roli. W przeciwnym razie naświetlania radowe musiałyby dawać wyniki znacznie pomyślniejsze. Zaznaczyć przy tym należy, że są robione próby i to jak dotychczas z wynikiem pomyślnym (Melchart) zastosowania całej dawki w jednym nierozdzielonym naświetleniu i skróceniu w ten sposób całego leczenia. Jednorazowe naświetlenia stosują zresztą już od dawna z powodzeniem Miescher i inni autorzy w drobnych powierzchownych owrzodzeniach rakowych, posługując się jednak napięciem wyższym niż Melchart, a mianowicie 140—160KV i promieniowaniem filtrowanym przez grubsze filtry. Wspomnieć też należy na tym miejscu o niesłusznie pomijanej metodzie, którą podał francuski radiolog J. Coste. Polega ona na stosowaniu miękkiego promieniowania rentgenowskiego, słabo lub nawet zupełnie niefiltrowanego. Coste odrzuca promieniowanie twardsze i filtrowane z tego powodu, by uniknąć znaczniejszego działania w głębi ustroju. Napięcia stosowane przez niego dorównują mniejwięcej napięciom, których używają Chaul i Melchart. Również i dawki stosowane przez obu tych autorów są do siebie bardzo zbliżone. Coste nie rozdziela jednak naświetlań, lecz całą dawkę aplikuje w jednym posiedzeniu. Różnice polegają jedynie na tym, że nie mając do dyspozycji ulepszonych przez technikę lamp uziemionych, naświetlał z większych odległości. Historie chorób i fotografie przypadków dołączone do jego książki świadczą o dużej skuteczności tej metody w całym szeregu nabłoniaków o różnej budowie

histologicznej i różnym umiejscowieniu. Ostatnio doniósł C o s t e o pomyślnych wynikach nawet w tak promieniodpornych nowotworach jak raki rozwijające się w znamionach (naevocarcinoma) i ich przerzutach gruczołowych. O wynikach pomyślnych w tych nowotworach doniósł dotychczas tylko C h a u l.

Interesujące są ostatnio dokonane w związku z tym spostrzeżenia C h a u l a, który donosi o pomyślnych wynikach także i w gruczolakorakach prostnicy, uważanych dotychczas za niewrażliwe na wpływ naświetlań. C h a u l naświetla je bezpośrednio, a mianowicie w ten sposób, że po operacyjnym usunięciu kości krzyżowej przybliża lampę swą do masy nowotworowej i naświetla ją w sposób podobny jak nabłoniaki powierzchowne. O korzystnych wynikach takich naświetlań w gruczolako-rakach sutka donosi M e l c h a r t. O ile dalsze doświadczenia potwierdzą te pierwsze korzystne wyniki, stanie się może konieczną rewizja pojęcia konstytucjonalnej promieniowrażliwości. I może w takim razie przecież słusznym okaże się twierdzenie głoszone już od dawna przez W i n t z a, że zasadniczo również i gruczolako-raki są uleczalne za pomocą promieniolecznictwa i że różnice wrażliwości pomiędzy nimi, a rakami płaskokomórkowymi wynoszą właściwie tylko kilkanaście procent.

Jeżeli więc teraz będziemy starali się wyciągnąć wnioski z spostrzegań klinicznych nad przypadkami naświetlonymi wedle metody C h a u l a i C o s t a, to zauważymy, że wyniki metod tych, przemawiają za tym, że dla pewnej, dość dużej nawet grupy nowotworów złośliwych, w pierwszej mierze, dla płaskokomórkowych raków powierzchniowych, a także i dla pewnej grupy raków płaskokomórkowych w dostępnych jamach ciała, wynik leczniczy zależny jest przede wszystkim od dwóch czynników t. j. wysokości dawki i takiego stosowania naświetlań, by energia ich pochłonięta została w całości, lub też przynajmniej w większej części przez warstwy bezpośrednio na wpływ naświetlań wystawione. Innymi słowy, by przy dużej dawce powierzchniowej, dawka przestrzenna była nieznaczna. A to umożliwione jest właśnie przez stosowanie naświetlań nisko-voltowych i przy niewielkim oddaleniu ogniska promieniowania od zmiany. Wyniki tych nisko-voltowych naświetlań dorównywujące, jak się rzeczy dzisiaj przedstawiają, wynikom uzyskiwanym za pomocą naświetlań radowych, których długość fali odpowiada napięciom prawie 20-krotnie wyższym, potwierdzają twierdzenia H o l t h u s e n a o niezależności wyników biologicznych od twardości promieniowania przy równych dawkach. Twier-

dzenia, do których Holthusen doszedł na podstawie swych badań doświadczalnych, otrzymują w ten sposób kliniczne potwierdzenie. Natomiast sposób rozdzielenia naświetlań i stopień „rozcieńczenia" dawek, nie odgrywają w tych grupach nowotworów zasadniczej roli.

Nie można naturalnie na podstawie wyników tych metod w pewnych grupach raków przeczyć znaczeniu czynnika czasu, znaczeniu rozdzielonych i przedłużonych naświetlań, naświetlań z dużych odległości i za pomocą rozcieńczonego dopływu energii promiennej. Znaczenie tych czynników jest bardzo duże i byłoby niedopuszczalną dzisiaj symplifikacją ograniczenie się tylko do tych metod naświetlania. Dla metody Chaula i jej podobnych może już dzisiaj oznaczyć granice wskazań. Pozostaje jednak poza nimi cały szereg nowotworów złośliwych, w których metody te zastosować się nie dają. Z nowotworów powierzchniowych należą tu przede wszystkim te, w których układ naczyniowo-łącznotkankowy otoczenia jest z jakichś powodów uszkodzony. Nie wiemy wprawdzie jeszcze dotychczas, jaką rolę właściwie układ ten odgrywa w procesie leczniczym owrzodzeń rakowych, jednak doświadczenie poucza, że znaczniejsze uszkodzenia jego wpływają bardzo niepomyślnie na proces gojenia, a nawet mogą go całkowicie unicestwić. A w przypadkach takich, gdzie układ ten jest uszkodzony, jak n. p. w przypadkach nowotworów zakażonych, następnie już raz bezskutecznie naświetlanych, naświetlania w dawkach masowych wpływają bardzo niekorzystnie. Tutaj należą też przypadki owrzodzeń o dużych rozmiarach, dalej przypadki, w których owrzodzenie przechodzi poza granice swej właściwej tkanki macierzystej i wrasta naciekami w głębsze podłoże i wreszcie przypadki z równoczesnymi ogólnymi schorzeniami ustroju. Należą tu też i wszystkie przypadki nowotworów leżących w głębi ustroju. Układ naczyniowo-łącznotkankowy środowiska, wśród którego komórki nowotworowe rozwijają się, wymaga tu szczególnej ochrony i oszczędzania. Ochronę tę przynosi właśnie metoda naświetlań rozdzielonych. (C. d. n..

Zjazd Naukowy Związku Czechosłowackich Lekarzy Dentystów odbędzie się od 10 do 13. czerwca 1937 r. w Pradze z okazji 40-letniego istnienia tegoż Związku. Koledzy czechosłowaccy przesyłają serdeczne zaproszenie dla kolegów polskich pod adresem przewodniczącego Komitetu Narodowego P. K. N. F. D. I., prof. Cieszyńskiego. Związek Stomatologów Izby Lekarskiej Lwowskiej uchwalił wysłać reprezentację polską w osobach prof. Cieszyńskiego i kol. Stanisława Kotulskiego, która ma wręczyć dyplom na członka honorowego Związku Stomatologów Izby Lekarskiej Lwowskiej profesorowi dr. Janowi Jesenský'emu oraz wyrazić serdeczne gratulacje z okazji jubileuszu Związku jako wyraz przyjacielskich stosunków, które łączą lekarzy dentystów i stomatologów polskich z kolegami czechosłowackimi.

Ruch w Towarzystwach.

Rada Centralna Stowarzyszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów RZP. Sprawozdanie ze Zjazdu Delegatów, odbytego dnia 6. stycznia 1937 r. w Warszawie przy ul. Brackiej 18. (Streszczenie).

W obradach, pod przewodnictwem prof. Cieszyńskiego i Lekarza Dentysty Sokalskiego, uczestniczyło 21 delegatów, reprezentujących następujące Zrzeszenia: 1) Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej — 3, 2) Związek Zawodowy Lekarzy Dentystów Polaków w Wilnie — 1, 3) Związek Stomatologów i Lekarzy Dentystów Ziem Zachodnich RZP. — 1, 4) Związek Lekarzy Dentystów w P. — 7, 5) Związek i Tow. Lekarzy Dentystów Chrześcijan — 4, 6) Polski Związek Lekarzy Dentystów Chrześcijan Województwa Śląskiego -- 1, 7) Związek Odontologiczny w Częstochowie — 1 i 8) Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów RZP. — 3.

Na Zjeździe również byli obecni przedstawiciele 4-ch pism zawodowych.

Prezes Lekarz Dentysta Stokowski witając delegatów i przedstawicieli prasy, zaznacza, iż obecny Zjazd zamyka 12-letni okres istnienia Rady Centralnej, która głównie miała na celu wywalczenie możliwie sprawiedliwej Ustawy Lekarsko-Dentystycznej oraz uzyskanie samorządu zawodowego — Izby Lekarsko-Dentystycznej.

Wysiłki w tych sprawach okazały się niezbędne i doprowadziły do pożądanych rezultatów.

Po szczegółowej dyskusji nad sprawozdaniami: Zarządu, skarbnika i Komisji Rawizyjnej, Zjazd wyraził podziękowanie i udzielił Zarządowi absolutorium za 1936 r.

Głównym przedmiotem obrad Zjazdu były sprawy: Izb Lekarsko-Dentystycznych, przepisywania leków, samolotu i Zjazdu we Lwowie.

W roku sprawozdawczym sprawa samorządu zawodowego, dzięki nieustannej pracy Zarządu, weszła na drogę realizacji i projekt Ustawy o Izbach Lekarsko-Dentystycznych został przez Radę Ministrów w dn. 17. XII. 1936 r. uchwalony i odesłany do Sejmu, a obecnie znajduje się w Sejmowej Komisji Zdrowia i należy się spodziewać, iż w bieżącej sesji będzie zatwierdzony.

Wobec zbliżającej się chwili wprowadzenia w życie samorządu i niezbędnych funduszów do zorganizowania Izb Lekarsko-Dentystycznych zapadła uchwała, upoważniająca Zarząd do zaciągnięcia pożyczki w wysokości według uznania Zarządu, w możliwie oszczędnych rozmiarach.

W sprawie przepisywania leków Zjazd powziął uchwałę najenergiczniejszego zwalczania ograniczenia zawodu lekarsko-dentystycznego w przepisywaniu leków i poczynienia starań do umieszczenia w ustawie aptekarskiej wyjaśnienia, iż tam, gdzie mowa o prawie przepisywania leków przez lekarzy medycyny i weterynarii dodać i lekarzy-dentystów.

Sprawa budowy samolotu im. lekarza-dentysty została przez Zjazd przedyskutowana i przyjęta, przyczem uchwalono, iż wysokość minimalnej składki wynosić ma zł. 10, wyjątek stanowić będą koledzy zwolnieni częściowo lub całkowicie w swoich zrzeszeniach od płacenia składek członkowskich; dla tych składka wynosi zł. 5.

Sumy zadeklarowane na samolot można będzie uiścić ratami, całość winna być wpłacona nie później, jak do 1. lipca r. b.

Z funduszów Rady Centralnej Zjazd uchwalił wyasygnować na samolot zł. 200.

Sprawa Zjazdu Stomatologicznego, jako 29 sekcji stomatologicznej XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, który ma się odbyć w lipcu 1937 r. we Lwowie i związana z tym Zjazdem sprawa utworzenia miejscowych Komitetów organizacyjnych, po obszernym omówieniu, przekazana została do decyzji Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych, której obrady miały się odbyć tegoż dnia o godz. 6 min. 30 wieczorem.

Następnie na wniosek prof. Cieszyńskiego Zjazd uznał za wskazane, aby Rada Centralna wystąpiła do Ministerstwa Opieki Społecznej z memoriałem i odnośnym umotywowaniem w sprawie wychodzącego we Lwowie „Czasopisma Dentystycznego" jako oficjalnego organu wschodnio-małopolskiego gremium uprawnionych techników dentystycznych, które niesłusznie używa tego tytułu i uzurpuje sobie prawo jemu nienależne.

Pozatem Zjazd przyjął do wiadomości ostrzeżenie lekarza-dentysty W. Perlińskiego przed kupowaniem artykułów dentystycznych od wędrownych pseudo-przedstawicieli, a szczególnie przed agentami różnych, wątpliwej wartości przyrządów elektro-medycznych. *Zarząd Rady Centralnej.*

Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej.

Zebranie naukowe w roku uniwersyteckim 1936/37, dnia 12. XII. 36 o godzinie 20 w Klinice Stomatologicznej U. J. K.

Pokazy kliniczne:

1. *(Przypadek 108).* **Osteomyelitis szczęki górnej lewej z przetoką policzkową w okolicy powieki dolnej.** Nr. Klin. 1790.

Dr. Jankowski M. przedstawia chorą, która podaje, że przed dwoma miesiącami wystąpił ból w okolicy +6 i obrzęk policzka, przyczym wydobywała się ropa z nosa i przetoki dziąsłowej nad +3. W kilka dni później wytworzyła się przetoka pod powieką dolną lewą, z której również wydobywała się ropa. Z tymi dolegliwościami zgłosiła się chora do Kliniki. Zdjęcie Rtg. wykazało rozrzedzenie w okolicy +5 i korzenie +6 ze zmianami szczytowymi. Usunięto +6, nacięto dziąsło w jego okolicy i założono seton. Ponadto okolicę chorą naświetlono lampą kwarcową przez kilka dni i zmieniano seton. Ponieważ jednak poprawy nie było i ropa z przetoki nadal się sączyła, połączono przetokę policzkową z przetoką przedsionkową na tępo (w zniecz. do for. rot. via suprazyg). i założono dren. W dalszym ciągu stosowano lampę, kwaśny okład, w kilka dni później wyjęto dren i założono seton gumowy. Nastąpiła znaczna poprawa, obrzęk się zmniejszył. Chora pozostaje nadal w leczeniu ambulatoryjnym.

2. *(Przypadek 109).* **Obrzęk policzka lewego z trzema przetokami.** Nr. Klin. 1799.

Dr. Jankowski M. przedstawia chorego lat 27, który podaje, że w maju b. r. wystąpił ból w szczęce dolnej lewej i znaczny obrzęk policzka w okolicy

skroniowej lewej. Wkrótce na policzku wytworzyła się przetoka, z której wydobywała się ropa. W 2 miesiące później wystąpił twardy obrzęk policzka, chory zgłosił się do szpitala w Samborze, gdzie nacięto policzek i wypuszczono ropę. Ponieważ jednak po miesiącu nie było poprawy, chory zgłosił się do Kliniki Stom., gdzie stwierdzono twardy naciek policzka lewego, przechodzący na powiekę dolną i okolicę skroniową. Na policzku widoczne trzy przetoki, z których przy ucisku wydobywa się ropa. Obrzęk był mało bolesny, po za tym wybitny szczękościsk. Dwukrotnie posyłano ropę do badania na bakterie i grzybki. Badaniem bakteriologicznym stwierdzono obecność tylko ziarenkowców. Wykonane zdjęcia Rtg. wykazały intenzywne zaciemnienie jamy szczękowej lewej i znaczne odwapnienie kości jarzmowej i zewnętrznego brzegu oczodołu. Rozpoznanie nie jest dotychczas pewne. Istnieje podejrzenie na promienicę i gruźlicę kości. Zastosowano Sol. Kal. jod. naświetlania lampą i terapię Rtg. Chory otrzymał 4 naświetlania. Za trzy tygodnie ma się zgłosić do kontroli. Obrzęk nie ustąpił przetoki zasklepiły się.

3. (*Przypadek 110*). **Neuralgia II. gałęzi nerwu trójdzielnego.** Nr. Klin. 2450.

Dr. Jankowski M. przedstawia chorego, lat 51, który podaje, że przed 3 laty wystąpił silny ból piekący w szczęce górnej prawej. Bóle te utrzymywały się prawie stale. Chory zgłosił się do Kliniki Stom., gdzie usunięto 76+, zaordynowano salicyl i diatermię. Badanie na odczyn Wassermana dało wynik ujemny. Wykonano injekcję 1/2 cm alkoholu do for. rot. via suprazyg. Po czym bóle ustąpiły. 2. XII. 36 zgłosił się chory ponownie do Kliniki z tymi samymi dolegliwościami. Zastosowano terapię Rtg. i wykonano injekcję 1 cm alkoholu do for. rot. via suprazyg. bole ustąpiły zupełnie.

4. (*Przypadek 111*). **Neuralgia III. gałęzi nerwu trójdzielnego.** Nr. Klin. 2267.

Dr. Jankowski M. przedstawia chorego, lat 52, który podaje, że przed 10 laty wystąpiły bóle w prawej połowie twarzy bardzo silne o charakterze napadowym. Chory zgłosił się w styczniu 1931 r. do tut. Kliniki i otrzymał injekcję alkoholu do for. ovale i do ganglion Gasseri po stronie prawej, bóle ustąpiły zupełnie. W dwa lata później w roku 1933, zgłosił się ponownie z bólami neuralgicznymi i ponownie zastosowano injekcje alkoholu. Po dwuletniej poprawie w roku 1935, zgłasza się chory do Kliniki z ponownymi bolami, gdzie otrzymał injekcje alkoholu do for. ovale, nervus ingualis, for. mentale, i ganglion Gasseri. Bóle wprawdzie ustąpiły, ale w maju b. r. zgłosił się znowu chory z silnymi bolami i otrzymał nową serię zastrzyków. Równocześnie wystąpiły objawy ze strony gałki ocznej prawej. W Klinice okulistycznej stwierdzono w maju b. r. keratitis. W lipcu zaś wyłuszczył się ulcus serpens o. D., który uległ perforacji. Obecnie na oku prawym jaskra (glaukoma). Po stronie prawej stwierdza się bolesność dolnej gałęzi nerwu V. obniżenie czucia skórnego, zniesienie zupełne czucia prawej części języka.

W grudniu b. r. zgłosił się z podobnymi objawami po stronie lewej w zakresie III. gałęzi nerwu V. Chory obecnie źle widzi, nie może przyjmować pokarmów, lewa szpara powiekowa przymknięta, spojówka silnie zaczerwieniona,

na powiekach nieco wydzieliny ropnej. Twarz asymetryczna, usta niedomknięte. Próbna injekcja do for. mandib. po stronie lewej bez efektu. Ponieważ chory nie zgodził się na injekcję alkoholową zastosowano terapię Rtg. ale poprawy niema.

5. (*Przypadek 112*). **Fibroma myxomatosum mandibulae.** Nr. Klin. 2009.

Dr. Jankowski M. przedstawia chorą, lat 25, która podaje, że w roku 1932 zauważyła w szczęce dolnej prawej narośl wielkości orzecha. W szpitalu wycięto narośl, która pojawiła się ponownie we wrześniu b. r. w znacznie większych rozmiarach. Guz wielkości małego jaja, sięgał od 6— do —2 o powierzchni gładkiej, barwy sino-czarnej, twardy niebolesny. Gruczoły po stronie prawej nieznacznie powiększone. Badanie histologiczne wykazało fibroma myxomatosum. Zdjęcie Rtg. wykazało rozrzedzenie żuchwy od 6— do —2. W znieczuleniu obustr. do for. mandib. +Mf. nacięto błonę śluzową po stronie zewnętrznej wyrostka zębodołowego wyjęto zęby od 6— do —2 a po odchyleniu części miękkich wraz z okostną wycięto guz. Wyrostek zębodołowy usunięto po zewnętrznej stronie na przestrzeni 2/3 jego szerokości od 7— do —3. Po wygładzeniu brzegów i wyłyżeczkowaniu dna rany założono seton. W dalszym leczeniu zastosowano pendzlowania kolargolem, przestrzykiwania i zmiany setonu.

6. (*Przypadek 113*). **Torbiel zawiązkowa** od zatrzymanego 3+ nad 6.5.4+ Nr. Klin. 2355.

Dr. Jankowski M. przedstawia chorego, lat 13, u którego stwierdzono wypuklenie w szczęce górnej po stronie prawej sięgające od 6+ do 3+ niebolesne przechodzące na stronę podniebienną. Gruczoły po stronie prawej wielkości bobu, niebolesne na ucisk. Zdjęcie Rtg. wykazało zmiany szczytowe nad 6+, retynowany 3+ oraz torbiel wielkości orzecha włoskiego.

7. (*Przypadek 114*). **Ropowica gazowa policzka lewego.** Nr. Klin. 776.

Dr. Jankowski M. Przedstawia chorego, lat 40, który podaje, że na początku października b. r. wystąpił silny ból zębów w szczęce dolnej lewej, połączony z dużym obrzękiem policzka. Lekarz usunął dwa zęby, ale obrzęk dalej powiększał się, wobec czego chory zgłosił się do Kliniki Stomatologicznej. Tutaj stwierdzono silny obrzęk policzka lewego, przechodzący na okolicę podżuchwową i powiekę dolną. Na policzku w okolicy przedtrzonowców i na powiece dolnej widoczne dwie przetoki, z których sączyła się brudna silnie cuchnąca ropa. Z zębodołu w miejscu usuniętych zębów wydobywała się ropa, szczękościsk na 1 cm, temp. 37.2. W uśpieniu chloretylowym wykonano nacięcie policzka lewego, założono trzy dreny. Następnie stosowano przestrzyknięcia, lampę i kwaśne okłady. Z ropy wyhodowano paciorkowce i grzybki promienicy, wobec czego zaordynowano Sol. Kal. jod. i terapię Rtg. Leczenie to stosowano przez szereg dni przyczym sprawa chorobowa raz polepszała, to znów pogarszała się. Wykonane zdjęcie Rtg. wykazało wytwarzający się martwiak. W uśpieniu eterowym usunięto martwiak po nacięciu policzka wzdłuż dolnego brzegu żuchwy i w dalszym ciągu stosowano wyżej podane leczenie. Poprawa znaczna szybko nastąpiła. W dalszym leczeniu stosowano przestrzyknięcia kolargolem a później jodoform-gliceryną. W między czasie nastąpiło zapalenie mięśnia sercowego, wobec czego zaordynowano naparstnicę. Całkowite wyleczenie nastąpiło po 2 miesiącach.

8. (*Przypadek 115*). **Zapalenie ozębnej i okostnej zębów —5.6. naciek szczęki dolnej.** Nr. Klin. 335.

Dr. Jankowski M. przestawia chorego, lat 27, który zgłosił się do Kliniki z dużym obrzękiem policzka i okolicy podżuchowej lewej, z silnym bólem w okolicy —6 i szczękościskiem. Obrzęk twardy, na ucisk bolesny. Ponadto chory skarżył się na dreszcze, ciepłota ciała dochodziła do 39^0. Zdjęcie Rtg. wykazało rozrzedzenie struktury kostnej w okolicy od —6—8 wielkości fasoli. W uśpieniu chloretylowym nacięto policzek w okolicy kąta żuchwy i założono dren. Ponadto chory otrzymał kilka zastrzyków omnadyny, codziennie lampę i kwaśny okład. Poprawa nastąpiła dość szybko. Badanie bakteriologiczne ropy wykazało obecność paciorkowców niehemolitycznych, pałeczek rzekomo błoniczych i wrzecionowatych. Obrzęk powoli ustąpił, ale nie zupełnie, szczękościsk zmniejszył się Wyjęto po 3 tygodniach dren i założono seton gumowy i stosowano przestrzykiwania kolargolem. Zdjęcie Rtg. wykazało wytwarzający się martwiak, który niebawem zostanie usunięty.

Zebranie naukowe w r. uniwers. 1936/37, dnia 13. II. 1937 o godzinie 20-tej w Klinice Stomatologicznej U. J. K.

9. (*Przypadek 116*). **Ostre zapalenie kości podniebiennej.** Nr. Klin. 3468.

Prof. Cieszyński przedstawia chorą, lat 24, która podaje, że przed 2 tygodniami wystąpił ból zęba 1+ z czym udała się do lekarki-dentystki, która stwierdziła zgorzel i rozpoczęła leczenie zęba. Po zamknięciu zęba chora zauważyła na podniebieniu wypuklenie, które powiększyło się do rozmiarów śliwki. W dwa dni później nastąpiło samoistne otwarcie ropnia, przyczym wydobywała się treść krwawo-ropna, cuchnąca. Równocześnie i z nosa zaczęła się wydobywać również wydzielina krwawo-ropna. Ząb 1+ usunięto, ale sprawa nie cofnęła się. Chora zgłasza się do Kliniki, gdzie stwierdzono ciepłotę ciała normalną, na podniebieniu w linii środkowej guz wielkości śliwki, konsystencji elastycznej. Błona śluzowa pokrywająca guz nie zmieniona. W prawej jamie nosowej na przegrodzie środkowej przetoka, z której wydobywa się treść krwawo-ropna. Po wstrzyknięciu lipiodolu do wnętrza wypukłości podniebiennej wykonano zdjęcie Rtg. occipito — front. (promień główny w płaszczyźnie frankf.) i zgryzowe, przy pomocy kasety ustnej. Zdjęcie itraoralne wykazało jamę wielkości 10 groszy, komunikującą z przewodem nosowym. Dnia 9. II. 37 wykonano operację w znieczuleniu miejscowym, nacięto błonę śluzową ponad 1+ po jej odchyleniu powyżej spina nasalis przeprowadzono komunikację na tępo z przetoką nosową, po wycięciu zaś przedniej blaszki wyrostka zębodołowego ponad 1+ uzyskano komunikację z jamą podniebienną. Następnie nacięto błonę śluzową podniebienia łukowato na przestrzeni od 4+ do +4 a po jej odchyleniu wyłyżeczkowano masy ziarninowo-ropne i usunięto martwiak blaszki podniebiennej wielkości 20 groszy. Płaty błony śluzowej podniebienia połączono szwami. Po stronie zewnętrznej wyrostka zębodołowego założono 3 szwy, a w okolicy wiązadełka wargi górnej założono seton. Na drugi dzień lekki obrzęk twarzy, założono płytkę uciskową na podniebienie. Chora czuje się dobrze.

10. (*Przypadek 117*). **Osteomyelitis mandibulae dextrae.** Nr. Klin. 3353.

Dr. Jankowski M. przedstawia chorą, lat 40, która podaje, że schorzenie obecne rozpoczęło się przed 4 miesiącami, bolami w okolicy zębów 7— 6— połączone z gorączką i silnymi dreszczami. Gorączka i dreszcze ustąpiły po 2 dniach, natomiast bóle w okolicy tychże zębów wzmogły się, oraz wystąpił obrzęk prawego policzka okolicy podszczękowej i podbródkowej prawej. Stan ten utrzymał się przez przeciąg 2 tygodni, poczym nasilenie bólów znacznie zmalało. Chora udała się do lekarza, który usunął zęby 7— 6— i 1— —1. Po usunięciu zębów obrzęk, ropienie i bolesność utrzymywały się nadal, a w 4 tygodnie od rozpoczęcia się choroby wytworzyła się przetoka w okolicy podbródkowej. W tymże czasie chora zauważyła wydzielanie się małych martwiaków w okolicy usuniętych zębów. W Klinice stwierdzono obrzęk okolicy podszczękowej prawej i podbródkowej, twardy, niebolesny. Przetoka podbródkowa wielkości około 20 groszówki, wypełniona tkanką ziarninową, wśród której widoczne są ropnie prosówkowe. W jamie ustnej po stronie prawej ząb 8— żywotny, 5— 4— 3— 2— —2 —3 martwe, silnie rozchwiane. W okolicy 5— 4— widoczna część sekwestru wielkości fasoli, oraz mierne wydzielanie się ropy. Wykonano zdjęcia Rtg. intraoralne i extraoralne wykazały rozrzedzenie tkanki kostnej od 7— do —4.

Operacja: W obustronnym znieczuleniu mandib. nacięto błonę śluzową równolegle do brzegu dziąsła na zewnętrznej stronie wyrostka zębodołowego na przestrzeni od 8— do —3, a po odchyleniu bł. śluzowej przy pomocy skrobaczki, usunięto częściowo wolno leżące martwiaki, częściowo połączone jeszcze z żuchwą, oraz zęby 5— 4— 3— 2—. Brzegi kostne wygładzono kleszczami Luera, ranę wyłyżeczkowano. W zamrożeniu chloretylowym wycięto tkankę granulacyjną przetoki, wyłyżeczkowano i założono setony, od zewnątrz okład z kwaśnej wody. Po operacji ciepłota ciała normalna. Krwawień, bólów i obrzęku po operacji nie stwierdzono, ropienie w stopniu minimalnym.

11. (*Przypadek 118*). **Ropień policzka prawego, cukrzyca, ropowica zębodołowa.** Nr. Klin. 3706.

Kol. Kotulski przedstawia chorego, lat 51, który od roku 1924 cierpi na cukrzycę. Leczenie ograniczyło się do utrzymywania diety. W styczniu 1937 r. objawy cukrzycy pogorszyły się, poziom cukru we krwi wzrósł znacznie, równocześnie stwierdzono aceton w moczu. Po przeprowadzeniu leczenia insuliną chory czuł się lepiej. Od 8 lat widoczne chwianie się zębów i ropienie dziąseł. Leczenia żadnego za wyjątkiem pendzlowania dziąseł środkami ściągającymi i przestrzegania higieny jamy ustnej nie przeprowadzał. Obecnie zgłosił się do Kliniki z powodu obrzęku i zaczerwienienia policzka prawego w okolicy podjarzmowej. Obrzęk ten chory zauważył w styczniu b. r. Sprawa chorobowa rozpoczęła się wytworzeniem ropnia i przetoki na dziąśle w okolicy 6—. W Klinice stwierdzono ciepłotę ciała 37.6, w moczu 5% cukru, oraz ślad acetonu. Na policzku prawym w okolicy podjarzmowej guz wielkości jaja kurzego wykazujący chełbotanie, pokryty skórą zaczerwienioną, przesuwalny mało bolesny. Przy silniejszym ucisku wydobywa się ropa w okolicy 6—. W jamie ustnej stwierdza się rozległą ropowicę zębodołową z głębokimi kieszonkami dziąsłowymi i zani-

kiem wyrostka zębodołowego. Zęby o odsłoniętych szyjkach i częściowo korzeniach, chwieją się. Wykonane zdjęcia Rtg. wykazuje wszelkie cechy ropowicy zębodołowej. W toku dyskusji jaka się wywiązała na zapytanie Dr. Elmera prelegent powołując się na pracę Hirschfelda z roku 1934 wyjaśnia związek istniejący pomiędzy cukrzycą stężeniem jonów wodorowych a ropowicą zębodołową. Prof. Cieszyński nakreśla plan leczenia, który będzie miał na celu:

I. odcukrzenie i zmianę stężenia jonów wodorowych w kierunku alkaliscencji ustroju drogą terapii insulinowej i diety.

II. otwarcie chirurgiczne ropnia.

III. radykalne leczenie ropowicy drogą zabiegu chirurgicznego.

12. (*Przypadek 119*). **Torbiel w jamie szczękowej prawej.** Nr. Klin. 3553.

Prof. Cieszyński demonstruje chorego, lat 18, który podaje, że przed 10 dniami uczuł ból zęba 6+, który mu usunięto w Przychodni szkolnej przed tygodniem (6. II.) W godzinę po tym zabiegu chory zauważył, że z prawego przewodu nosa wydobywa się wydzielina krwawo-ropna. Skierowano chorego do Kliniki, gdzie zgłosił się 8. II. b. r. Stwierdzono temperaturę 37.8. Przestrzyknięcie roztworem fizjologicznym soli nie wykazało komunikacji z jamą nosową Wykonane zdjęcia Rtg. kontrastowe wykazały torbiel w jamie szczękowej. Choremu zaordynowano wapno, jako przygotowanie do operacji. Dnia 10. II. 37 r. wykonano operację. W znieczuleniu do for. rot. via suprazyg. i miejscowym nacięto błonę śluzową w przedniej ścianie wyrostka zębodołowego po stronie prawej na przestrzeni od 7 ⊢ do 1 ⊢ odchylono płat błony śluzowej w dole kłowym wycięto blaszkę kostną wielkości około 1 zł. przy pomocy dłuta i przez ten otwór ekstyrpowano torbiel wielkości orzecha włoskiego o zgrubiałych i pokrytych guzami ścianach, częściowo tkanką śluzowatą. Następnie utworzono komunikację z dolnego przewodu nosowego do jamy szczękowej. Komunikacja torbieli z jamą szczękową powstała samoistnie po usunięciu tejże. Ranę zeszyto. Dla odpływu wydzieliny pozostawiono wolny zębodół po ekstrakcji 6+.

12. (*Przypadek 120*). **Złamanie szczęki dolnej między 3— 2— po urazie.** Nr. Klin. 3262.

Dr. Jankowski M. przedstawia chorego, lat 42, uderzonego kopytem końskim, w następstwie nastąpiło złamanie żuchwy z odłamaniem części wyrostka zębodołowego i przemieszczeniem go w kierunku jamy ustnej na szerokości około 3 palców. Chory zgłosił się do szpitala w Samborze, gdzie po nacięciu rany połączono fragmenty wyr. zęb. drutem opasującym zęby, a do jednego z ogniw przymocowano również drutem część bródkową żuchwy poczym ranę zeszyto. Chory otrzymał injekcję surowicy przeciwtężcowej. W klinice stom. strwierdzono złamanie trzonu żuchwy między 3 — i 2 — i odłamanie wyrostka zębodołowego po stronie prawej dolnej. Fragment wyrostka ruchomy i przesunięty w kierunku jamy ustnej. Dnia 28. I. 37 wykonano operację: w znieczuleniu do for. ovale po stronie prawej + Mf. i po znieczuleniu miejscowym po stronie lewej usunięto wyłamany wyrostek zębodołowy wraz z zębami od 7— do 2—. Wykonano cięcie wzdłuż brzegu dziąsła na tymże odcinku. Od strony zewnętrznej i wewnętrznej przy pomocy skrobaczki odsłonięto błonę śluzową od wyrostka. Przyczepy mięśni przy spina mentalis interna odcięto nożycami.

Przed odcięciem tychże uchwycono kleszczami Kochera celem przeszkodzenia tymże cofnięcia się ku tyłowi. Brzegi kostne wykładzono frezą. Dno jamy ustnej wyłyżeczkowano. Wykonano cięcie w okolicy podbródkowej w linii środkowej celem przeprowadzenia drenu do dna jamy operacyjnej. Złożono szew na mięśnie przytrzymywane kleszczami Kochera założono go na kieł po stronie lewej. Dwoma szwami połączono jeszcze kikuty tychże mięśni z błoną śluzową wargi dolnej. Dren zawieszono przy pomocy nitki jedwabnej na —4. Założono jeszcze 3 szwy dodatkowe łączące bł. śl. wyrostka od strony językowej i policzkowej po stronie prawej, oraz dwoma szwami połączono dno jamy ustnej z błoną śl. wargi dolnej. Od zewnątrz okład z kwaśnej wody.

13. (*Przypadek 121*). **Actinomycosis buccae.** Nr. Klin. 3889.

Lek. B. Włodkówna przedstawia chorą, lat 41, żonę rolnika, która zgłosiła się do Kliniki dnia 18. XI. 1937 podając, że przed 4 tyg. po usunięciu 7+ uczuła bóle w zakresie prawej połowy twarzy, połączone z równoczesnym bólem głowy. Po 2 tyg. choroby zauważyła wydzielającą się ropę z jamy ustnej. Leczenie rozpoczęła u miejscowego lekarza, a ponieważ stan nie poprawiał się, tenże skierował ją do tut. Kliniki. Przy pierwszym badaniu stwierdzono bardzo znaczny obrzęk prawej połowy twarzy sięgający od kąta żuchwy do kości skroniowej, obejmujący równocześnie powiekę dolną i górną. Chemoza powiek była tak znaczna, że wykluczała zupełnie ich ruchomość. Skóra nad obrzękiem była znacznie zaczerwieniona, napięta i na ucisk silnie bolesna. Obrzęk o spoistości dość podatnej. Rozpoznano ropowicę, która obejmowała spatium retromax, pterygo-mand, buccale. parotideum, intratemporale i temporale. W jamie ustnej stwierdzono szczękościask zupełny. Bł. śl. dziąsła i policzka rozpulchniona i zaczerwieniona, a okolica w której wyjęto 7+, na ucisk bardzo bolesna. Fetor ex ore. Żadnych trudności przy połykaniu chora nie miała. Dnia 19. XI. 1937 w uśpieniu eter. przystąpiono do operacji, polegającej na otwarciu ropowicy od zewnątrz, wykonano trzy cięcia: pierwsze pionowe w okolicy skroniowej, drugie wzdłuż kości jarzmowej, trzecie dodatkowe cięcie w okolicy skroniowej przedniej, wedle sposobu prof. Cieszyńskiego. W nacięte miejsca wprowadzono dreny gumowe, na ranę nałożono opatrunek z kwaśnej wody. Od dnia operacji przestrzykiwano nacięte miejsca metacuprolem, ogrzewano Solluxem, obrzęk z dnia na dzień cofał się, chemoza powiek ustępowała, do worka spojówkowego. wkraplano kolargol i przepłukiwano rozczynem fizjolog. soli. Wynik badania z dnia 25. XI. 1937 r. wykazał grzybki promienicy. Przystąpiono do wstrzykiwań rozczynu cupri sulf po 5 cm^3 dziennie, a do wewnątrz podawano 2.5% Kalium jodatum.

WYKŁADY:

Prof. Cieszyński i dr. Liebhardt: Krwawienie z dziąseł na tle niedomogi jajników.

Kol. Liebhart omawia szczegółowo przypadek demonstrowany przez prof. Cieszyńskiego ze stanowiska ginekologicznego i inkretologicznego. Zalicza ten przypadek do grupy t. zw. krwawień uzupełniających.

Są to krwawienia występujące w różnych tkankach i narządach organizmu kobiety w czasie miesiączkowania lub też nie zależnie od niego, pozostające

jednak w ścisłym związku z cyklem miesiączkowym, a ściślej rzecz biorąc z czynnością jajników. W danym przypadku miało miejsce krwawienie z dziąseł nawet dość znacznego stopnia w związku z stwierdzoną niewątpliwie niedomogą jajnika. Po zastosowaniu leczenia hormonalnego fillikuliną w ilości 300000 j. m. udało się prawie całkowicie opanować krwawienie.

Prelegent streszcza swoje wywody w następujących punktach:

1) t. zw. krwawienie zastępcze i uzupełniające nie można uważać w żadnym wypadku za miesiączkowanie w ścisłym tego słowa znaczeniu.

2) Krwawienie te występują w okresie takim, w którym organizm znajduje się w specjalnej gotowości krwawienia (Blutungsbereitschaft) wskutek czasowo występującego obniżenia krzepliwości krwi i zwiększenia przepuszczalności naczyń włosowatych.

3) Jedne i drugie zaburzenia pozostają w ścisłym związku z cyklem jajnikowym i występują przeważnie tuż przed, względnie podczas, lub też po miesiączkowaniu, który to okres jest czasem najmniejszego wysiewu hormonów płciowych do krwi.

4) Omawiane krwawienia mają miejsce u kobiet konstytucjonalnie mniej wartościowych w zakresie aparatu naczyniowego.

Z powodu spóźnionej pory odbył się tylko wykład prof. Cieszyńskiego i dr. Liebhardta. Po wykładzie rozwinęła się żywa i ciekawa dyskusja. Dr. Elmer porusza sprawę leczenia amenorohöe. Dr. Dmochowski przytacza przypadek ze swej praktyki krwawienia dość gwałtownego po ekstrakcji zęba w czasie menstruacji. Kotulski odpowiada wyjaśniająco kol. Dmochowskiemu. Dr. Dobrzaniecki twierdzi, że z reguły unikają operatorowie zabiegów w czasie menstruacji, z powodu wielkiej skłonności do krwawień w tym okresie (unika sam np. ekstyrpacji migdałków i bezpośrednio przed menstruacją). Dr. Ostern zapytuje czy stosuje się progesterom przy skłonności do krwawień. Dr. Zeghauser przytacza podobny przypadek (skazy krwotocznej), mówi o korelacji między tarczycą a niedomogą jajników. Dr. Śniadowski pyta czy stosuje się witaminy obok czy zamiast inkretów. Dr. Ostern wyjaśnia różnicę między witaminami a inkretami. Prof. Cieszyński resumuje dyskusję, dodaje też że wykonuje zabiegi operacyjne w razie konieczności nawet w ostatnim miesiącu ciąży. Dr. Liebhardt omawia sprawę leczenia amenoröe, sprawę krwawień podczas normalnie mającej wypaść menstruacji (niem. „Blutungsbereitscaft"). Najgorzej operować w ante-menstruum.

Przewodniczący odkłada wykład kol. Kotulskiego z powodu spóźnionej pory i ogłasza że posiedzenie następne odbędzie się 27. II. 37. r.

Walne Zgromadzenie.

W dniu 27. I. 1937 r. odbyło się Walne Zgromadzenie Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej. Po odczytaniu ostatniego protokołu wręczono prof. Cieszyńskiemu Księgę Pamiątkową Polskiej Stom. i Przegl. Dentystycznego i w krótkich słowach uczczono Jego działalność i zasługi dla Stomatologii i Związku.

W imieniu Wydziału złożył sprawozdanie prof. Cieszyński, który nawiązując do sprawozdania za rok 1935, podniósł, że kontynuowano akcję w sprawie A. S. i tytułu lekarz stomatolog, zajmowano się intenzywnie kwestją Izb. Lek.-dentystycznych, poczyniono zasadnicze zmiany w wydawnictwie Polskiej Stomatologii, współpracowano w międzynarodowych i krajowych komitetach zjazdowych, interwenjowano w sprawach podatkowych, przydziału i cen złota, współpracowano z R. C., zreorganizowano skarbowość i uporządkowano finanse Związku. Najchlubniejszą kartą okresu minionego to działalność naukowa Związku, która wyraża się w cyfrach: 18 posiedzeń naukowych w okresie 22 miesięcy.

Walne Zgromadzenie uchwaliło z okazji 25 lecia Związku mianować członkami honorowymi w uznaniu ich zasług dla zawodu: Prof. Berettę (Bologna), prof. H. Pichlera (Wiedeń), prof. Szabo (Budapeszt), prof. Villaina (Paryż).

Wobec rezygnacji prezesa, sekretarza i kilku członków Wydziału, wybrano nowe władze w skład których wchodzą obecnie: Prof. Cieszyński prezes, kol. Atlas, Jankowski wiceprezesi, Berger I. sekretarz, Łubkowski II. sekretarz, Dmochowski skarbnik, Kotulski sekr. nauk., Kwiatkowski bibliotekarz.

Po Walnem Zgromadzeniu odby.ła się skromna wspólna kolacja z okazji 25-lecia Związku.

Zbiory myśliwsko-przyrodnicze.

Pan Józef Władysław Kobylański, Kpt. rezerwy, Warszawa I, ul. Górnośląska 16 m. 38. prosi nas o umieszczenie następującego komunikatu:

Głos zbieracza do ludzi dobrej woli!

Dzięki pomocy ludzi dobrej woli uzupełniłem znacznie mój księgozbiór myśliwsko-przyrodniczy, który udostępniłem bezinteresownie w moim mieszkaniu, (jak w bibliotece publicznej) każdemu pracującemu naukowo. Do tego zbioru poszukuję i nabywam: książki, pisma, kalendarze myśliwskie, autografy ludzi zasłużonych w łowiectwie, ekslibrisy, etykiety myśliwskie z flaszek (żubrówka etc), statuty, regulaminy, legitymacje, dyplomy, listy i koperty kółek łowieckich, zaproszenia na polowania, bale myśliwskie itp.

Specjalnie proszę o umożliwienie mi nabycia MEDALI, ŻETONÓW i ODZNAK łowieckich noszonych przy kapeluszach lub przy klapach marynarek, a leżących bezużytecznie po szufladach etc.

Proszę też o wiadomości o dawnych ZWIERZYŃCACH i kulcie św. HUBERTA w Polsce oraz o adresy osób, do których mógłbym się zwrócić w powyższych sprawach.

VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny we Lwowie.

od 4 do 7 lipca 1937 r. oraz Kursy dokształcające od 1 — 3 lipca 1937 r.

VI. Komunikat, z dnia 25. kwietnia 1937. r.

Prace przygotowawcze na VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny posuwają się szybkim krokiem naprzód.

Komitet Organizacyjny uczynił wszystko, ażeby VIII. Zjazd Stomatologiczny, nietylko dorównał I. i V. Zjazdowi we Lwowie, które odbyły się w r. 1923 i 1931, ale żeby w wyższym stopniu zadowolił uczestników. Zadanie niełatwe, gdyż Zjazdy lwowskie byli uczestnicy mile zachowali w pamięci. Pod względem treści ma VIII. Zjazd przedstawić faktyczny dorobek stomatologii polskiej, kładąc nacisk na ścisłą łączność stomatologii z medycyną ogólną.

Tematy interesujące praktyków, zawierające postępy lat ostatnich we wszystkich gałęziach stomatologii, przedstawione zostaną w osobnych kursach dokształcających, które odbędą się przed Zjazdem od 1 — 3 lipca. Opłata za kurs dokształcający 3-dniowy wynosić będzie 20 zł. Wykłady te mają przedstawić wypróbowane metody, ilustrowane na rycinach i modelach. Prelegenci nie mają przy tym ambicji przedstawienia wyłącznie własnych metod, tylko podadzą te sposoby, które okazały się w praktyce najodpowiedniejsze.

W pierwszym dniu Zjazdu przedstawiają wybitni znawcy przedmiotu, zaproszeni z grona uczonych innych działów, fundamentalne wiadomości z zakresu gruczołów wkrewnych i witamin; w drugim zaś dniu dojdą do głosu stomatologowie, którzy mówić będą o chorobach zębów, szczęk i dziąseł w związku z gruczołami wkrewnymi i witaminami. Zrozumienie tych referatów ułatwiają wykłady dnia poprzedniego. Układ poszczególnych tematów nastąpił według z góry ułożonej dyspozycji, przy czym jeden temat łączy się z drugim. Ten sposób przedstawienia całości zastosowany jest po raz pierwszy na zjeździe stomatologicznym i ma na celu gruntowne i wszechstronne oświetlenie danego zagadnienia. W podobny sposób ujęty jest także drugi temat główny: „Znaczenie dziedziczności w stomatologii“, mający być przedstawiony w 3-cim dniu zjazdu.

W sekcjach osobnych dyskutowane będą tematy dotyczące profilaktyki stomatologicznej, zadania lekarza-stomatologa podczas wojny oraz referaty na tematy wolne. Na życzenie Związku Lekarzy dent. w Państwie Polskim utworzono osobną sekcję dla spraw zawodowych, dla której zgłoszenia przyjmuje kol. Leon Sachs w Warszawie.

Poza referatami odbędzie się szereg pokazów, które zostały ogłoszone już w komunikacie IV-tym. Wystawa naukowa Stomatologiczna obejmować będzie przede-wszystkim prace Kliniki Stomatologicznej Lwowskiej ze wszystkich działów. Ponadto zgłosił swój udział Oddział Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej (kierownik docent dr. Konrad Szepelski).

Urządzona będzie też Wystawa przemysłu dentystycznego. Na ten cel przeznaczono piękne sale, bardzo obszerne przy ul. Boularda. Sekcją wystawową kieruje w Warszawie i przyjmuje zgłoszenia Kol. Lek. dent. Daniel

Mesz (Nowy Świat 2, tel. 963-64), we Lwowie Lek. Michał Piotrowicz (ul. Zielona 5 a).

Komitet Organizacyjny postarał się o to, ażeby wykłady i obie wystawy odbyły się w dwóch gmachach bezpośrednio ze sobą złączonych i w tymże celu wynajął ubikacje w Izbie Przemysłowo-Handlowej przy ul. Boularda 5 i ul. Akademickiej (w tym samym miejscu, w którym się odbył V. Zjazd Stomatologiczny we Lwowie w 1931 r.). Na posiedzenia organizacyj P. K. N. — F. D. I., Rady Centralnej, Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych wynajęto osobną salę konferencyjną również w Izbie Przemysłowo-Handlowej.

Poza imprezami VIII. Zjazdu Stomatologicznego uczestnicy korzystać mogą z wykładów w 35 Sekcjach Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, albowiem VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny stanowi równocześnie sekcję tegoż Zjazdu. Także z okazji tegoż Zjazdu odbędzie się Wystawa Przyrodniczo-lekarzorganizowana pod przewodnictwem prof. Fulińskiego obejmująca następujące działy: 1) Antropologję, 2) Prehistorię, 3) Astronomię, 4) Geofizykę, 5) Fizykę, 6) Chemię, 7) Krystalografię z Mineralogią i Petrografią, 8) Botanikę z Bakteriologią, 9) Zoologię (w tym także Anatomię, Histologię i Fizjologię), 10) Geologię, 11) Paleontologię, 12) Geografię, 13) Ochronę przyrody oraz wystawę zbiorów, zwierząt rzadkich i charakterystycznych dla Polski.

Poza tym odbędzie się Wystawa balneologiczna i farmaceutyczna na placu Targów Wschodnich, również urządza z okazji Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Program tegoroczny jest tak obfity, że trudno będzie uczestnikowi zjazdu choć z części tegoż programu ogólnego skorzystać. Uczestnikom kursu dokształcającego stomatologicznego, którzy przybędą na trzy dni przed Zjazdem, będzie to łatwiej możliwe, albowiem Wystawa przemysłu dentystycznego i Wystawa naukowa stomatologiczna otwarte będą już od 1. lipca, a Wystawa Przyrodniczo-lekarska ma być otwarta już 15. czerwca. Czas zatym wolny po kursach od 5-tej uczestnicy będą mogli zużyć na zwiedzanie wystaw.

Komisja Gospodarcza postara się ponadto o urozmaicenie programu wieczornego w dniach przedzjazdowych, a Komitet Główny Organizacyjny Zjazdu Lekarzy i Przyrodników ułoży program rozrywek i imprez towarzyskich na dni od 4—7. lipca oraz zajmie się zorganizowaniem wycieczek po zjeździe.

Przypominamy, że termin zgłoszenia uczestnictwa ogłoszony jest na 1. maja 1937. r.

Składkę zjazdową oznaczył Komitet Główny Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich na 20.— zł., dla lekarzy pomocniczych, asystentów i osób towarzyszących na 10 zł.

Komitet Gospodarczy zapewnił sobie 50 miejsc dla studentów i kolegów młodszych w domach akademickich i około 150 miejsc w klinikach i szpitalach po cenie 1.50—2.— zł. Pobyt w skromniejszych hotelach kosztować będzie 3—4 zł., w hotelach I. klasy 6—8 zł. Bliższych informacyj udziela Dr. Pohorecki, ul. Głowińskiego 5, Szpital Powszechny.

Kolegów referentów, którzy dotychczas nie nadesłali streszczeń upraszamy o uskutecznienie tegoż obowiązku. Termin nadsyłania streszczeń minął dnia 1. kwietnia.

Wszystkie inne informacje podane są już w V. komunikacie, który ogło-

szony był w „Polskiej Stomatologii", organie Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych, w numerze 3-cim i 4-tym.

Około 2.000 egzemplarzy V. komunikatu rozesłały Komitety Propagandy Zjazdu, które utworzono:

1. w Chorzowie: Dr. Gondzik, Sobieskiego 6;
2. w Częstochowie: Lek. dent. Z. Lubczyńska, Śląska 5;
3. w Kielcach: Lek. dent. S. Kalinowska, Focha 41;
4. w Krakowie: Dr. Jerzy Drozdowski, Poliklinika Stomat., ul. Garncarska.
5. w Lublinie: Lek. dent. Antonina Filipińska, Al. Racławickie 4.
6. w Łodzi: Dr. Sadokierski, Piotrowska 56 i Lek. dent. Marek Sokalski, Andrzeja 4;
7. w Poznaniu: Lek. dent. Ambrożkiewicz, Fredry 1;
8. w Równem: Lek. dent. Fajtel, Piłsudskiego 3;
9. w Sosnowcu: Lek. dent. A. Ingster, 3-Maja 30;
10. w Warszawie: Prof. Dr. Alfred Meissner, Aleje Jerozolimskie 31, Lek. dent. Leon Sachs, Prezes Zw. Lek. Dent. w P. P., Leszno 40, Lek. dent. Aleksander Stokowski, Prez. Rady Centr., Focha 8.

Wystawa przemysłu dentyst.: Lek. dent. Daniel Mesz, Nowy świat 2.

11. w Wilnie: Dr. Mancewicz, Klinika Stomatologiczna Uniwersyt.;
12. w Białymstoku: Lek. dent. Leon Kopelman.

Zgłoszenia należy przesyłać za pośrednictwem Komitetów Propagandy.

Za Komitet Organizacyjny 8. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego:

Dr. J. Pietrzycki, sekretarz.

A. Cieszyński, przewodniczący.

z gosp. 29. Sekcji XV. Zjazdu L. i P. P.

Referaty zgłoszone po 12. III. 1937.:

39. (Zmiana tematu). Profilaktyka stomatologiczna a ubezpieczalnie społeczne — Lek. dent. J. Ligęza, Inowrocław.
40. Możność rozwiązania profilaktyki stomatologicznej w wojsku — Dr. Włodzimierz Szafran, Lwów.
41. Ogólnie i miejscowo działające środki lecznicze polecane obecnie przy leczeniu parodontoz. — Dr. Henryk Margulies, Lwów.
42. Higieniczna ocena środków do czyszczenia zębów o odkażania jamy ustnej. — Lek. Ludwik Rzucidło, Lwów.
43. Środki zapobiegające próchnicy zębów. — Lek. Barbara Włodkówna, Lwów.
44. Antistreptina w dentystyce. — Doc. Dr. Konrad Szepelski, Warszawa.
45. Metal „Alba" jako wypełnienie ubytków próchnicowych. — Lek. dent. J. Konstantin, Warszawa.
46. Terapia krótkofalowa i jej zastosowanie w Stomatologii. — Dr. Ludwik Landes-Leinerowa, Lwów.
47. Budowa histologiczna wyrostka zębodołowego z uwzględnieniem sił statycznych. — Doc. dr. Bolesław Jałowy, Lwów.

Ocena książek.

Dr. med. F r i t z S c h ö n: Kosmetische Verbesserung der Zahnstellung auf chirurgischem, keramischem und schnellorthodontischem Wege. (Poprawa kosmetyczna nieprawidłowo ustawionych zębów). Wydawca: Berlinische Verlagsanstalt 1937. Stron 104. Rycin 143, wyd. II. Cena w oprawie kartonowej Mk. niem. 5.10, dla odbiorców pisma „Zahnärztliche Rundschau" Mk. 4.20.

W bardzo krótkiej formie podaje Schön metody chirurgiczne dla regulacji zębów, wykazujących krzywe ustawienie w stosunku do swej osi bądź to za pomocą doraźnego wyprostowania chirurgicznego (rédressement) bądź też za pomocą re,- trans,- lub implantacji. Następnie daje opis chirurgicznego leczenia rozstoju zębów przednich (diastema), leczenia operatywnego prognacji przez wycięcie przedniego odcinka wyrostka zębodołowego wraz z zębami 2+, 1+, +1, + 2 z następowym uzupełnieniem płytką kauczukową (metodę tę zastosował Cieszyński już w r. 1906 w Klinice Dentystycznej uniw. Monachijskiego z dobrym wynikiem). W następnym rozdziale podaje autor metodę operatywno-ortodontyczno-keramiczną dla kła zatrzymanego. Polega ona na wyjęciu kła i wykonaniu żakietowej korony na ząb + 2 i + 4. przy włączeniu jeszcze jednego członu. W ryc. 25—28 widzimy przypadek progenii skorygowany przez opiłowanie zębów przednich górnych i osadzenie na nich koron porcelanowych już w prawidłowym ustawieniu. Przy wysoko ustawionych kłach górnych i ciasnym ustawieniu uzębienia stosuje autor symetryczną ekstrakcję pierwszych zębów przedtrzonowych.

W drugiej części mówi o zadaniach keramiki i stosowania mostków celem uzupełnienia braków w okolicy zębów siecznych i przy nieprawidłowym ich ustawieniu, dając cały szereg bardzo ciekawych i pouczających rycin. Autor poleca także w jednym z rozdziałów umyślne krzywe ustawienie sztucznych zębów bądź to względem swej osi, bądź też w stosunku do płaszczyzny zgryzowej u starszych pacjentów celem odwrócenia uwagi od sztucznej protezy. W ten sposób nadaje sztucznemu uzębieniu wygląd bardziej naturalny. Ryc. 78 zawiera 8 wzorów charakterystycznych. — Autor opisuje również dokładnie technikę koron porcelanowych i zębów ćwiekowych. Trzeci rozdział poświęcony jest szybkiemu prostowaniu zębów w uzębieniu stałym i mlecznym za pomocą krzywej pochyłej oraz regulacji zgryzu otwartego u dzieci za pomocą aparatów. Wielka liczba rycin 143 na 97 stronach ułatwia zrozumienie tekstu.

Cieszyński.

Dr. med. dent. E. H e i n r i c h — Drezno. Biologische Therapie in der Zahnheilkunde. (B i o l o g i c z n e l e c z e n i e w d e n t y s t y c e). Wyd. II. powiększone i uzupełnione. Berlinische Verlagsanstalt 1937. Stron 273.

Po wydaniu I., które się ukazało w r. 1935. wychodzi dwa lata później wydanie drugie książki Heinricha o biologicznej terapii w dentystyce, czyli o leczeniu konstutycyjnym, homeopatii, biochemii, leczeniu środkami naturalnymi i psychoterapii.

Autor zwraca uwagę na terapię biologiczną, która powinna zdaniem jego znaleźć zastosowanie nietylko w innych działach medycyny, ale i w dentystyce.

O co autorowi chodzi wynika z treści. Rozpoczyna rozdziałem: Dlaczego należy stosować biologiczną terapię? Pojęcie tegoż leczenia wyjaśnia na przykładzie próchnicy i paradentozy. Krytyka obecnego rozumowania w lecznictwie. Istota biologicznej terapii i zastosowanie jej w dentystyce. — Terapia konstytucyjna. Metody: leczenie przeciwzapalne, odciążenie jelit, upust krwi: oddziaływanie przez podrażnienie skóry: leczenie za pomocą ciepła, zimna ,okładów, promieni. Leczenie za pomocą środków pobudzających, leczenie za pomocą środków roślinnych. — Homeopatia. Ustosunkowanie się do tego sposobu leczenia. Leczenie minimalnymi dawkami. Reguła podobieństwa. Środki wchodzące w rachubę w dentystyce. Recepty i historie chorób. — Biochemia. Główne zasady i środki lecznicze. — Leczenie środkami spotykanymi w przyrodzie. Krytyka medycyny szkolnej. O zdrowiu i chorobie. Leczenie za pomocą światła, ciepła, zimna, wody i sposobie stosowanie tychże metod. Miąszenie. Leczenie dietetyczne. Błędy obecnego sposobu odżywiania i choroby na tym tle powstałe. Skutek systematycznego żucia i używania zębów i szczęk. Wpływ odżywiania na zęby i szczęki. Witaminy. Przemiana materii soli mineralnych. Amerykański eksperyment w odżywianiu. Leczenie surówką. Walka o odżywianie chlebem o racjonalnych składnikach. — Psychoterapia. Psychosomatyczne zespoły; Psychogenetyczny wpływ na choroby jamy ustnej i zębów z uwzględnieniem paradentozy. Zastosowanie sugestii, hypnozy, psychoanalizy w dentystyce. — Wskazówki terapeutyczne, pisanie recept. Profilaktyka i leczenie próchnicy. Zapalenie jamy ustnej i dziąsła. Profilaktyka i leczenie paradentozy. Sposoby łagodzenia bólu. Zapalenie ozębnej i jej następstwa. — Wykaz piśmiennictwa i wykaz leków uzupełniają całość. — Czytelnik znajdzie w książce tej wiele ciekawych spostrzeżeń i niejedne racjonalne wskazówki.

Cieszyński.

Festschrift zu Ehren von Hans Pichler. (Księga Pamiątkowa wydana dla uczczenia Hansa Pichlera). Wydawca: Urban i Schwarzenberg, Berlin i Wiedeń, 1937). Zbiór prac wydanych w Zeitschrift für Stomatologie.

W r. 1937 skończył prof. Hans Pichler lat 60. Z tej to okazji uczcili działalność naukową prof. Pichlera jego przyjaciele wydaniem zbioru prac nadesłanych do Księgi Pamiątkowej. Znajdujemy w niej nazwiska autorów następujących. Najpierw prof. Eiselsberga, szefa i nauczyciela Pichlera, następnie prof. Ranziego i Szabo, dalej Smrekera. Z autorów skandynawskich Andresena i Melchiora z Kopenhagi, Ottesena z Oslo, dalej: Appeltona z Filadelfii, Bourgot'a i chirurga Veaux z Paryża, z Polski Cieszyńskiego, z Belgii van der Ghinst'a, z SzwajcariiGysi'ego i Hess'a, Schmutziger'a i Stoppany'ego z Zurychu, — Häupl'a, Kostečki i Parmy z Pragi, z Niemiec: Hofratha, Kranz'a, Lindemann'a, Wustrow'a i Zielkens'a. Z Węgier spotykamy jeszcze nazwiska Salomona i Morelli'ego, z Włoch: Grandiego i Palazziego. Z Japonii nadesłali prace Nakamura i Okino. — Po tym następują prace 58 autorów austriackich i szereg innych.

Nie sposób zacytować wszystkich artykułów, które przeważnie są bardzo krótkie — tak jak redakcja żądała — i obejmują niemal wszystkie dziedziny

stomatologii. Wielka ilość autorów, którzy przyczynili się do uświetnienia jubileuszu Pichlera świadczy o wielkiej popularności jubilata i wielkiej sympatii świata naukowego do wybitnego uczonego austriackiego, który był przewodniczącym ostatniego kongresu dentystycznego we Wiedniu. Tematy poruszone w artykułach zainteresują czytelników, poruszają one bowiem nie tylko zagadnienia teoretyczne, ale także i praktyczne. Książka obejmuje 674 stron i ogromnie wielką ilość rycin. Z okazji jubileuszu wysłał referent imieniem organizacyj polskich serdeczne gratulacje. —

Cieszyński.

Prof. Dr. Silvio Palazzi, „Ortodonzia“. Wydawca Ulrico Hoepli, Milano 1937, stron 258, rycin 367 oraz atlas z 28 tablicami i 124 rycinami. Cena lir. 68.

W zbiorowym wydaniu Praktyczna Odontiatria (Collana dell Odontoiatria Pratica) ukazuje się jako VI. tom Ortodoncja prof. Silvio Palazzi‘ego, dyrektora kliniki Uniwersytetu w Pawii. Autor ten wydał w tymże wydawnictwie jako tom I. Roentgenografię (w r. 1934), jako tom II. Anestezję, jako tom IV. Chirurgię (w r. 1935), a następnie jako tom V. Technikę dentystyczną. Jest to więc w przeciągu dwóch lat V-ty tom obszerny bardzo pięknie opracowany, obejmujący ortodoncję, wyposażony świetnymi rycinami a wydany nadzwyczaj starannie na kredowym papierze przez znanego wydawcę Ulrico Hoepli.

Wszystkie podręczniki tegoż wydawnictwa wydane są przede wszystkim dla praktyków. Autor pomija dlatego balast piśmiennictwa i nie podaje żadnych źródeł. W przedmowie wspomina tylko, że opiera się na dziełach następujących autorów: Simon‘a, Leist‘a, i Bustin‘a, Breitner‘a i Korkhaus‘a, Lipschitz‘a, Herbst‘a i innych i korzysta w bardzo szerokiej mierze z oryginalnych rycin tychże autorów. Interesującym jest szczegół, że Palazzi napisał tę książkę podczas wyprawy abisyńskiej, jak wynika z przedmowy napisanej w r. 1936.

Podział treści jest następujący: Ogólne wiadomości o nowoczesnej ortodoncji, propedeutyka: rozpoznanie. W drugiej części mówi o aparatach, o łuku językowym, o umocowaniu tegoż, o sprężynkach paluszkowych, podając różne systemy (ryc. 129—136). Następnie opisuje sposób pomiaru siły działania według Simon‘a, łuk wargowy wysoko ułożony, umocowanie łuku wargowego według Korkhausa etc. W praktycznej ortodoncji podaje przyrządy opierające się na siłach przeciwstawnie działających, opisuje aparaty zewnątrz działające, następnie mówi o rozszerzeniu podniebienia, o siłach działających poprzecznie. — W następnym rozdziale podaje aparaty przy protruzji wszystkich zębów i retruzji, opisuje więc ruchy w osi strzałkowej, przy czym poleca przede wszystkim aparaty Korkhausa, działające za pomocą sprężyn. Kontrolę przeprowadza metodą fotograficzną Simon‘a. — W rozdziale trzecim drugiej części mowa jest o ruchach pionowych, przy czym opisuje aparaty Korkhaus‘a i Schwarz‘a, działające za pomocą sprężyn. W rycinie 232 podaje krzywą pochyłą po stronie językowej górnych zębów celem regulacji w osi strzałkowej. Aparat ten przypisywany Korkhausowi był już dawniej znany, a przez referenta już przed 20-tu laty z dobrym skutkiem stosowany. Zgryz otwarty zbliża Palazzi dwoma łukami wargowo ułożonymi przy pomocy gumy; wysoko ułożony kieł wyciąga z szczęki

POLOCAIN

SPIESS

Znakomity, znany środek do znieczulania miejscowego.

1 cm^3	Polocain	0,01 c.	Adrenalin	1/1000	gtt	1	Pud.	12	amp.
1 „	„	0,01 c.	„	1/1000	„	2	„	12	„
1 „	„	0,02 c.	„	1/1000	„	1	„	12	„
1 „	„	0,02 c.	„	1/1000	„	2	„	12	„
2 „	„	0,02 c.	„	1/1000	„	1	„	12	„
2 „	„	0,04 c.	„	1/1000	„	2	„	12	„
2 „	„	0,04 c.	„	0,0002	g		„	12	„

Polocain w cylinderkach szklanych po 1,5 cm^3 2% c. Adrenalin 1/1000 gtt 1 Pud. 100 cylinderków.

SONERYL

SPIESS

Szeroko stosowany w praktyce stomatologicznej jako środek nasenny i uśmierzający.

VITAVIT

SPIESS

Oleisty rozczyn krystalicznej witaminy D

1 cm^3 = 15.000 j. mn.

Próchnica zębów, anomalje w chemizmie i rozwoju uzębienia, rozmiękczenie kości i t. p.

Profilaktyczne stosowanie Vitavitu dzieciom w okresie wyrzynania się zębów zapewni zdrowe i mocne uzębienia. Flakon zaw. 10 cm^3.

za pomocą sprężyny przyczepionej do łuku wargowego względnie do pierścienia osadzonego na zębie trzonowym. — W następnym rozdziale zajmuje się regulacją poszczególnych zębów, ich obrotami względnie wyprostowaniem ich osi. — Trzecia część obejmuje założenie praktyczne aparatów ortodontycznych. Jest mowa o separacji, o sposobie mierzenia działania sił sprężynowych i aparatach retencyjnych, następnie o autonomicznej regulacji po wyjęciu zęba i o profilaktyce, w czwartej zaś o zabiegach chirurgicznych, o wycięciu więzadełka według Breitnera, o alwetolotomii według Davenporta i uzupełnieniu szczęki według Herbsta. Metodę regulacji prognacji i zgryzu otwartego przez ekstrakcję zębów i wycięcie wyrostka zębodołowego z następowym uzupełnieniem protezą demonstrował Cieszyński już w r. 1913 na zjeździe w Pradze. — Ostatnie rozdziały poświęcone są technicznemu wykonaniu aparatów.

W atlasie na 28 tablicach podaje autor w 124 rycinach szereg klinicznych przypadków leczonych przez niego oraz szereg aparatów firmy Hosse i Schlingloff z Hanau nad Menem.

Cieszyński

Nowe Czasopismo. W Bordeaux poczęła wychodzić „Revue d'Odonto-Stomatologie" pod redakcją prof. dr. X. I. Dubecqu'a. Adres administracji: Bordeaux, 6 Place Saint Christoly. Czasopismo to, redagowane wzorowo, ukazuje się 5 razy do roku, abonament roczny wynosi 70.— fr. dla zagranicy. Numer I. zawiera prace: Prof. Dubecq, Badania morfologiczne, fizjologiczne i kliniczne nad łąkotką śródstawową (meniscus) żuchwową, nawykowe zwichnięcie i chrzęsty w stawie skroniowo szczękowym. — Komunikaty ze Związku odonto-stomatologicznego w Bordeaux z referatami Cadenat i Labry: Ząb środkowy nadliczbowy i jego rozwój w pobliżu linii środkowej szczęki górnej; Dubecq i towarzysze: Uraz w twarzoczazce, budowa aparatu celem ustalania złamań kośćca twarzowego z oparciem o czerep czaszki.

W numerze 2. spotykamy prace następujące: Obrazy ostiologiczne aparatu zębowo szczękowego. Autor prof. Dubecq przedstawia bardzo cenne, starannie opracowane studium nad aparatem szczękowo zębowym. Badania jego dokonane są na 12-tu szczękach dorosłych o kompletnym, względnie prawie kompletnym uzębieniu, przy czym poszczególne cięcia górnej i dolnej szczęki są poddane szczegółowej analizie. Autor wyciąga z preparatów anatomicznych bardzo ciekawe wnioski odnośnie do patologii szczęk. 1. Szczęka dolna przedstawia strukturę analogiczną do kości płaskich. Powłoka zbitej kości otacza tkankę wewnętrzną gąbczastą. 2. Tkanka gąbczasta występuje przeważnie w odcinku poziomym żychwy, ulegając w pewnych okolicach odcinka pionowego rozrzedzeniu a znika zupełnie w okolicy kąta. Według Chaine'a rozkład ten spowodowany jest różnymi przyczynami. — 3. Grubsze blaszki występują po stronie przedsionkowej i językowej w okolicy zębów siecznych przedtrzonowych i zęba mądrości. Zgrubienie większe istoty zbitej jest w okolicy pierwszego i drugiego zęba trzonowego od strony językowej, co ma pewne znaczenie kliniczne przy ekstrakcjach. — 4. Kąt pochylenia zębów siecznych i kłów waha się od 12°—15°, przedtrzonowych zębów od 6—8° odnośnie do osi przedsionka. Drugi przedtrzonowiec i pierwszy trzonowy ząb stoją w kierunku osiowym. Drugi ząb trzonowy wykazuje pochylenie westybularne. Dane te

posiadają znaczenie dla protezy oraz dla techniki operacyjnej. — 5. Według klasycznych opisów wykazują najmniejszą wytrzymałość: linia środkowa i okolica kła. W rzeczywistości mniejsza odporność uwarunkowana jest nie budową strukturalną ale momentem tym, że stanowi szczyt łuku żuchwy. Mniejszą wytrzymałość w okolicy kła względnie przedtrzonowego zęba należy tłumaczyć długością korzeni i mniejszymi wymiarami trzonu żuchwy. — 6. Szczyty zębów dolnych położone są na krzywej wznoszącej się zwolna ku górze, przy czym najgłębsze pochylenie odpowiada szczytom kłów przedtrzonowców.

Następnie pisze Depons: o patogenezie torbieli paradentalnych, w końcu Sentenac: o bólu w stomatologil.

W drugiej części zeszytu spotykamy sprawozdania Towarzystwa Odonto-Stomatologicznego w Bordeaux oraz szczegółową dyskusję, w końcu dział sprawozdań i strzeszczeń.

Nowemu czasopismu, w które główną energję swoją wkłada prof. Dubecq przesyłamy szczere gratulacje.

A. Cieszyński.

Dr. HANNA HIRSZFELDOWA. — Z zagadnień dziedziczności i eugeniki. Warszawa 1937, stron 78. Ryc. 15, cena 2 zł., nakł. Nasza Księgarnia.

Książka znanej badaczki i współpracownicy wybitnego serologa Prof. Ludwika Hirszfelda, składa się z dwóch części i stanowi zbiór wygłoszonych odczytów w Państwowej Szkole Higieny.

W I. części autorka omawia najistotniejsze problemy, związane z dziedzicznością, jak: Pojęcie feno- i genotypu, prawa dziedziczności Mendel'a, występowanie chorób dziedzicznych u potomstwa rodziców pozornie zdrowych, cytologiczne podstawy prawa Mendel'a, prawa sprzężenia Morgana i umiejscowienie genów, allelomorfy wielorakie, istotę zróżniczkowania płciowego, dziedziczenie schorzeń, występujących przeważnie u jednej płci, badania nad bliźniętami, mutacje i ich przyczyny.

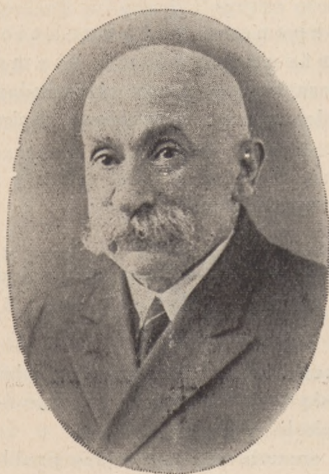
W II. zaś części porusza autorka główne zagadnienie eugeniki współczesnej, związane dziś tak z życiem socjalnym jak i politycznym. Wchodzą tu w rachubę następujące problemy: Pojęcie eugeniki negatywnej i pozytywnej, rozpowszechnienie, symptomatologia i walka z chorobami wenerycznymi, poradnictwo przedślubne, wolna miłość i małżeństwa koleżeńskie, wychowanie seksualne młodzieży, zagadnienia rozrodczości, sterylizacja i kastracja. Czy sterylizacja jako akcja społeczna jest wskazana? Następnie analiza socjologiczna i biologiczna wielkich ludzi, typy konstytucyjne i ich psychika, istota rasizmu, rasa i państwo.

Książka pisana jest jasnym i prostym stylem i jest cennym przewodnikiem w zagadnieniach dziedziczności i eugeniki, które wkraczają nietylko w życie osobiste poszczególnych jednostek, lecz stały się w niektórych państwach podstawą wielkich akcyj społecznych i politycznych, głęboko wnikających w życie i współżycie poszczególnych narodów.

Wartość książki powiększa ponadto szereg pouczających rycin i tabel. Konstrukcja poruszonych wielu zagadnień jest jasna, zwięzła i zrozumiała dla

każdego. Lekarza stomatologa informuje ona o wielu współczesnych zdobyczach, które wiązać się mogą z zagadnieniami dziedziczności chorób w zębolecznictwie.

Dr. S. Czortkower.



Ś. p. Franciszek Goldberg-Górski.

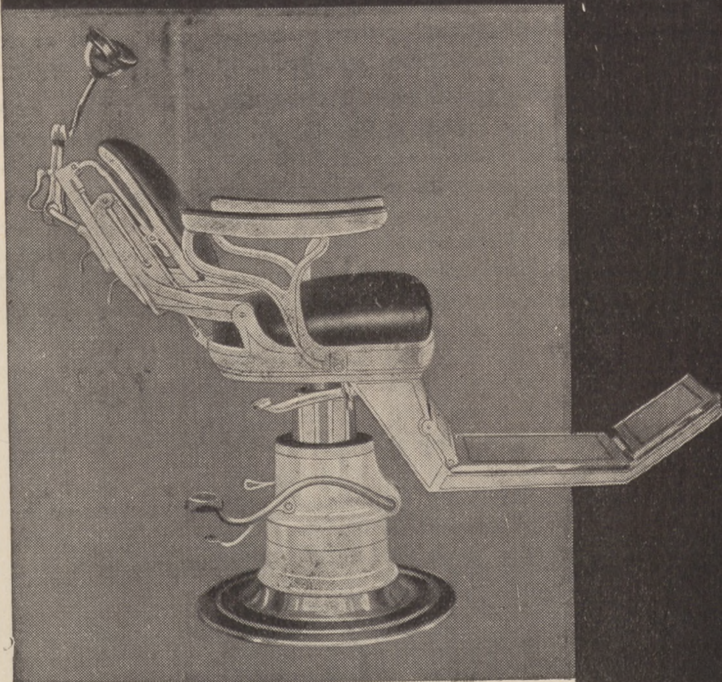
Dnia 5. kwietnia b. r. zmarł po kilkumiesięcznej chorobie ś. p, Franciszek Goldberg-Górski, lekarz-dentysta, Członek honorowy Związku i Towarzystwa lekarzy dentystów chrześcijan, ppłk. w st. spoczynku, ordynator oddziału szpitala im. Marszałka Piłsudskiego w Warszawie.

Śp. Goldberg-Górski urodził się 4. września 1863, studia lekarsko-dentystyczne ukończył w Warszawie i Berlinie. Po czym w r. 1892 rozpoczął praktykę w Warszawie, wyróżniając się dzięki wielkim zdolnościom i niezmordowanej pracowitości. W r. 1914 zorganizował w Lazarecie miejskim oddział chirurg i szczękowej, prowadził go do 1. VIII. 1915. Po odrodzeniu Państwa Polskiego zgłasza się w 51 roku życia ochotniczo do służby wojskowo-lekarskiej i organizuje w szpitalu im. Marszałka Piłsudskiego oddział dla chorób szczękowych. W całej pełni zabłysły na tym stanowlsku zdolności i umiejętności znakomitego lekarza, który całą swą wiedzę poświęcil choremu żołnierzowi polskiemu. Choroba serca zmusiła śp. Górskiego do przerwania pracy i zaniechania praktyki.

Działalność ś. p. Górskiego zostanie we wdzięcznej pamięci osieroconych chorych i kolegów, którzy otaczali Go szczerym szacunkiem i miłością.

Cześć Jego pamięci! *A. S.*

RITTER



Fotel operacyjny Rittera.

Główny sprzęt praktyki.

Nadzwyczaj wygodny w zastosowaniu dla najwyższych i najmniejszych pacjentów o łatwej wszechstronnej możliwości ustawiania, wyrównawczo skonstruowanym oparciu na plecy i podgłówku, osadzonym na ruchomym pałąku z podwójnym stawem kulkowym. Budowa celowa i wytrzymała, oparta na konstrukcji odpowiadającej wymogom anatomicznym.

50 lat doświadczenia – 90.000 foteli w użyciu.

Na żądanie piśmiennictwo.



Ritter A.G. Durlach/Baden

Dział sprawozdań i streszczeń.

Bernardbeig, Cadenat, Villa: Nadmostkowe otwarcie ropnia pochodzenia zębowego. (Ouverture sus-sternale d'un abcès d'origine dentaire. — Mahé. Wielki ropień śródpiersiowy wywołany próchnicą zęba. (Vaste abcès médiastinal provoqué par une dent cariée).

La Revue de Stomatologie Nr. 5, 1936.

Spostrzeżenie dotyczy kobiety w wieku lat 25, która uskarża się na bóle w okolicy dolnego prawego zęba mądrości. Badanie stwierdza ciastowate obrzmienie omawianej okolicy oraz nieznaczny szczękościsk. Ząb usunięto. Wbrew oczekiwaniu ropa z zębodołu nie wypłynęła, a po 24 godz. obrzmienie powiększa się, posuwając się w kierunku okolicy podszczękowej, obejmując następnie okolicę kości gnykowej. Tu zapalenie koncentruje się. Zastosowane sączkowanie daje bardzo obfity odpływ ropy, która znika po paru dniach. Zdawałoby się, że źródło dolegliwości zostało usunięte. Wbrew oczekiwaniu zjawia się obrzmienie w okolicy nadmostkowej, obejmując prawą część krtani. Skóra staje się napięta i połyskująca. Przy ciepłocie ciała $38{,}5^0$ dokonane zostaje nacięcie tuż u podstawy szyi, skąd wypływa obficie cuchnąca ropa. Płyny użyte do przepłukania rany wypływają wraz z ropą i śliną częściowo przez usta, częściowo przez ranę podskórną. Po upływie trzech tygodni obie rany goją się i chora opuszcza klinikę. Zdaniem autorów, pochodzenie omawianej ropowicy jest bez wątpienia zębowe. Utwierdza w tym przedświadczeniu okoliczność, że przy zupełnie normalnym stanie migdałów, bóle powstały w zębie; przewód przetoki styka się z omawianym zębem, oraz istnieje przestronne połączenie między ogniskiem zębowym i nadmostkowym.

Nawiązując do powyższej pracy o przebiegu ropnia szyjnego pochodzenia zębowego, przypomina autor przypadek zaobserwowany w r. 1905 i już ogłoszony.

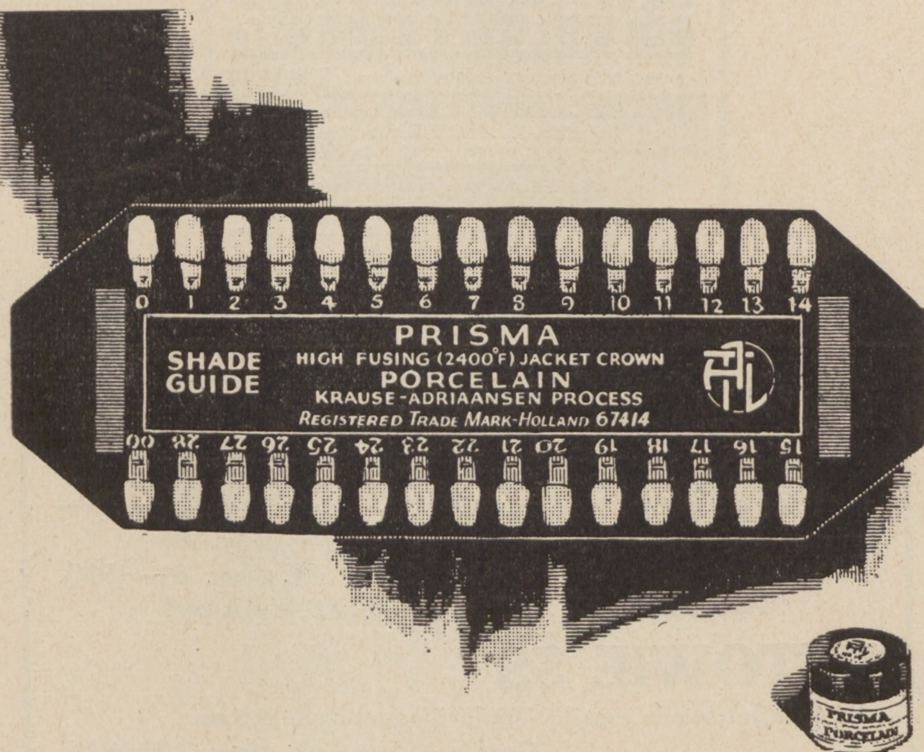
Sprawa dotyczyła wielkiego ropnia w okolicy grasiczy w śródpiersi u kobiety lat 33. Chora przybyła do szpitala z typowymi objawami ostrego zakażenia, pochodzenia zębowego. Obrzmienie obejmowała brózdę dziąsłowo-językową, ze szczególnym nasileniem w okolicy trzeciego trzonowca, dotkniętego próchnicą. Po nacięciu poniżej kąta żuchwy, uchodzi znaczna ilość ropy, silnie cuchnącej. Sprawia to chorej natychmiastową ulgę. Po paru dniach jednak pacjentka uskarża się na ostre bóle w okolicach: nadobojczykowej, mostkowej oraz lewej tętnicy piersiowej. Silny obrzęk obejmuje dołek nadobojczykowy i nadmostkowy, tudzież rękojeść mostka. Mamy wyraźnie do czynienia z bolesnym ropniem, o znacznej pojemności. Szerokie nacięcie uskutecznione u prawego brzegu mostka, powoduje upływ wielkiej ilości ropy, bardzo cuchnącej, która wypływa szczególnie obficie przy ucisku na część nadobojczykową. Ten drugi zabieg przynosi poprawę w ogólnym stanie chorej. Sprawa jednak nie ujawnia żadnej skłonności do polepszenia; mimo przepłukiwań, sączkowania i t. p. ropa nie zanika. Trzeci wreszcie zabieg: usunięcie zęba, przyczynowego, kładzie kres cierpieniu. — Autor zwraca uwagę na okoliczność prawie natychmiastowej poprawy, nie tylko stanu ogólnego chorej, ale i zmian chorobowych miejscowych, po usunięciu zęba, będącego ogniskiem zakażenia. Godnym szczególnej uwagi jest fakt, że tak długotrwałe i obfite ropienie utrzymało się jedynie dzięki obecności zęba przyczynowego.

Mokrzycki.

Najlepsze wyniki przy pracach ceramicznych
zapewniają

Porcelana „PRISMA"

DO SPORZĄDZANIA WSZELKIEGO RODZAJU
KORONEK POCHEWKOWYCH



oraz materiały pomocnicze

CERALAK doskonały środek do impregnowania MODELI GIPSOWYCH

DE TREY'A CEMENT „PERFEX" idealny do sporządzania modeli (trzonów)

PORCELANA „PRISMA" — NAJŁATWIEJSZA METODA PRACY

PROSZKI
„MIGRENO-NERVOSIN"

ZE ZN. FABR.
Kogutek

ZASTOSOWANIE:
GRYPA, PRZEZIĘBIENIE
BÓLE GŁOWY, ZĘBÓW i t.p.

ŻĄDAJĄC ORYGINALNYCH PROSZKÓW ZN. FABR. Z „KOGUTKIEM"
PATRZCIE JAKIE PROSZKI WAM DAJĄ
GDYŻ SĄ JUŻ NAŚLADOWNICTWA.
ORYGINALNE PROSZKI „MIGRENO-NERVOSIN" Z KOGUTKIEM
SĄ TYLKO JEDNE
I ZAWSZE Z RYSUNKIEM KOGUTKA
PROSZKI „MIGRENO-NERVOSIN" SĄ TEŻ I W TABLETKACH.

PLATAN

Biały stop do celów dentystycznych

zastępuje złoto, topi się przy 1050°, tylko do protez lanych, niezmienny w jamie ustnej. W praktyce wypróbowany!

Cena 10 gr. mk. niem. 6·— (RM).

Poszukuje się odbiorców-hurtowników!

LUTOWIE SS

służy do lutowania metalu Wipla i podobnych metali.

Cena za 10 gr. mk. niem. 2·50 (RM).

Do lutowania złota ze stalą (Wipla) używać należy **Lutowia GSS**.

Cena za 10 gr. mk. niem. 4·— (RM).

Poszukuje się odbiorców-hurtowników!

Ralph G. Hahn — Metale dentystyczne

Berlin-Schöneberg, Kufsteinstrasse 12.



L 83 oznacza ODOL bardziej jeszcze udoskonalony; jego działanie antyseptyczne zostało w wysokim stopniu spotęgowane. Badania bakteriologiczne i kliniczne wykazały przewagę ODOLU pod względem własności bakteriobójczych.

Artykuły ogłoszone w „Polskiej Stomatologii" są własnością Wydawnictwa Pol. Stom. i mogą być ogłaszane dalej w całości lub w wyciągach tylko za zezwoleniem Wydawnictwa Polskiej Stomatologii.

Naczelny Redaktor: Prof. Dr. Antoni Cieszyński.

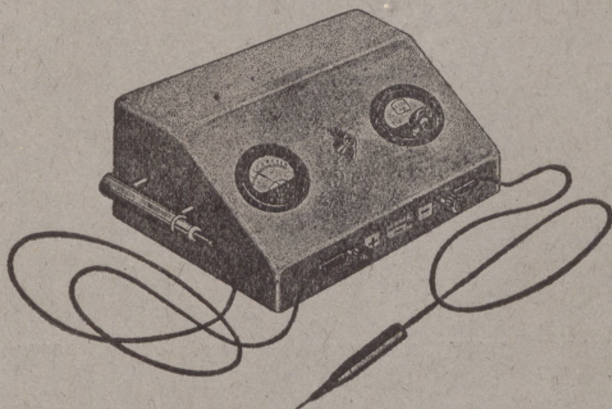
Wydawcy: Związek Stomatologów Izby Lekarskiej i Prof. Dr. A. Cieszyński.

JONODONT

Według Dr. T. OWIŃSKIEGO

STWARZA PRZEWRÓT W METODACH LECZENIA

ZGORZELI I ZIARNIN



Na życzenie demonstrujemy w gabinetach P. T. Klientów wszystkie aparaty naszego wyrobu, t. j. JONODONT, PANTODONT i BILUX (światło), bez żadnego zobowiązania i służymy szczegółowymi ofertami, oraz literaturą naukową.

Nasze aparaty są dostosowane do napięć

220 V; 150; 120 V; i 110 Volt.

Inż. EDMUND ROMER

DZIAŁ MEDYCZNY

LWÓW, UL. OBMIŃSKIEGO 16. TELEFON 278-37.

Druk. „Dziennika Polskiego", Lwów, Cicha 5.